



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Bericht zur Nutzenbewertung

Gesprächs- psychotherapie bei Erwachsenen

Bericht der sektorübergreifenden
Themengruppe über die Bewertung
gemäß §135 Abs.1 SGB V der
Gesprächspsychotherapie

17. Juli 2006

© Themengruppe Gesprächspsychotherapie
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Inhaltsverzeichnis

1.	Abkürzungen	7
2.	Aufgabenstellung	10
3.	Formaler Ablauf der Beratungen	11
3.1	Antragsstellung	11
3.2	Antragsbegründung	11
3.3	Prioritätenfestlegung durch den Unterausschuss	11
3.4	Veröffentlichung des Beratungsthemas, Abgabe schriftlicher Stellungnahmen	11
3.5	Fragenkatalog	12
3.6	Eingegangene Stellungnahmen	12
3.7	Beratung im Unterausschuss sowie in der Themengruppe unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und der wissenschaftlichen Literatur	14
3.8	Zeitlicher Beratungsverlauf	15
4.	Methodik der Verfahrensbewertung	18
4.1	Informationsgewinnung	18
4.1.1	Informationsgewinnung und -auswahl	18
4.1.2	Literaturscreening	18
4.1.3	Stellungnahmen	19
4.1.4	Datenbanken	19
4.1.5	Fachgesellschaften	19
4.2	Informationsbewertung	19
4.2.1	Primärstudien	20
4.2.2	Sekundärliteratur	21
4.2.3	Literatur aus Stellungnahmen	21
5.	Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie	22
5.1	Historische Entwicklung	22
5.2	Störungsmodell	23
5.3	Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie	24
5.3.1	Empathie	24
5.3.2	Unbedingte Wertschätzung	25
5.3.3	Selbstkongruenz (Echtheit)	25
5.4	Neuere Entwicklungen und Varianten	25
5.5	Literatur	26
6.	Operationalisierung des Beratungsgegenstandes	27

7.	Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen	29
7.1	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	29
7.2	Fazit der Auswertung der Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen	35
8.	Beratung der Einzelindikationen	37
8.1	Affektive Störungen	38
8.1.1	Leitlinien	38
8.1.2	Primärstudien	39
8.1.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	41
8.1.4	Fazit zu affektiven Störungen	48
8.2	Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen	50
8.2.1	Leitlinien	50
8.2.2	Primärstudien	51
8.2.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	53
8.2.4	Fazit zu phobischen Störungen, anderen Angsstörungen, Zwangsstörungen	68
8.3	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	69
8.3.1	Leitlinien	69
8.3.2	Primärstudien	70
8.3.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	71
8.3.4	Fazit zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	76
8.4	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	77
8.4.1	Primärstudien	77
8.4.2	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	78
8.4.3	Fazit zu Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	82
8.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	83
8.5.1	Leitlinien	83
8.5.2	Primärstudien	83
8.5.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	85
8.5.4	Fazit zu psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	92
8.6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	93
8.6.1	Leitlinien	93
8.6.2	Primärstudien	94
8.6.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	95
8.6.4	Fazit zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	99
8.7	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	100
8.7.1	Leitlinien	100
8.7.2	Primärstudien	100

8.7.3	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	102
8.7.4	Fazit zu Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	103
9.	Indikationsübergreifende Studien	104
9.1	Primärstudien	104
9.2	Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen	106
9.3	Fazit zu indikationsübergreifenden Studien	126
10.	Beratung der Stellungnahmen	127
10.1	Hauptargumente in den Stellungnahmen	127
11.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Nutzenbewertung	129
11.1	Zusammenfassung der Evidenz zur „klassischen“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“)	129
11.1.1	Studien im ambulanten Setting	129
11.1.2	Studien im stationären Setting	130
11.2	Zusammenfassung der Evidenz zu neueren Entwicklungen und Varianten der Gesprächspsychotherapie	131
11.2.1	Studien im ambulanten Setting	131
11.2.2	Studien im stationären Setting	131
12.	Anhang	132
12.1	Literaturrecherche	132
12.1.1	Berücksichtigte Datenbanken	132
12.1.2	Berücksichtigte Institutionen	132
12.1.3	Suchstrategien	132
12.1.4	Update im Oktober 2003	137
12.1.5	Update im Juni 2005	138
12.1.6	Update im Februar 2006	139
12.1.7	Schematische Übersicht	139
12.2	Kommentierte Literaturliste – Langauswertungen	140
12.3	Kommentierte Literaturliste – Kurzauswertungen / Ausschlüsse im 2. Screening	148
12.4	Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger	172
12.5	Fragenkatalog	173
12.6	Liste der Stellungnehmenden	175
12.7	Zusammenfassung der Stellungnahmen	178
12.8	Extraktion und Bewertung: Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen	190
12.8.1	Standardisierter Auswertungsbogen	190
12.8.2	Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen	193
12.9	Extraktion und Bewertung: Primärstudien	241

12.9.1	Standardisierter Auswertungsbogen	241
12.9.2	Affektive Störungen	245
12.9.3	Phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen	310
12.9.4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	390
12.9.5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	412
12.9.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	430
12.9.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	451
12.9.8	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	466
12.9.9	Indikationsübergreifende Studien	472
12.10	Kurzauswertungen	565
12.11	Beratungsantrag und Begründung (mit Anlage)	598

1. Abkürzungen

AA	Arbeitsausschuss
AG GPT	Arbeitsgruppe „Bewertung der Gesprächspsychotherapie“
ÄGG	Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
ANOVA	Analysis of variance (Varianzanalyse)
AR	Applied relaxation (angewandte Entspannung)
Arge-KoA	Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BUB-RL	Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BVT	Breitspektrum-Verhaltenstherapie
CBT	Cognitive Behavior Therapy (Kognitive Verhaltenstherapie)
CC	Client centered (klientenzentriert)
CCT	Client centered therapy (klientenzentrierte Psychotherapie)
DPGG	Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, Vierte Ausgabe) der American Psychiatric Association
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EFT	Emotion focused therapy
ES	Effektstärken
EST	Empirically supported therapies
FEP	Fokussierte expressive Psychotherapie
GAD	Generalized Anxiety Disorder (Generalisierte Angststörung)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General-practitioner care (Hausarztbehandlung)
GT	Gesprächspsychotherapie
GwG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
HTA	Health Technology Assessment
ICC	Intervention: client centered psychotherapy (klientenzentrierte Psychotherapie)
ICD-10	International Classification of Diseases der WHO
IPT	Intervention: psychodynamic conflict-centered time-limited psychotherapy (fokusgeleitete psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie)
ITT	Intention to treat
IVG	Interaktionelle Gruppentherapie
IVT	Interaktionelle Verhaltenstherapie
KMT	Knochenmarkstransplantation
MANOVA	Multivariate analysis of variance (Multivariate Varianzanalyse)
ND	Nicht-direktiv
NDC	Non directive counselling
NDP	Non-directive Psychotherapy (nicht-direktive Psychotherapie)
PA	Psychoanalyse
PCT	Pastoral Counseling (Beratung durch einen Geistlichen)
PT	Psychotherapie
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung)
RCT	Randomized Controlled Trial
RL	Richtlinien
SP	Supportive Psychotherapie
TG GT	Themengruppe „Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie“

UA PT	Unterausschuss „Psychotherapie“
VerfO	Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses
VT	Verhaltenstherapie
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 Psychotherapeuten-gesetz

2. Aufgabenstellung

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorzunehmen

- a) für Richtlinien nach § 137c SGB V und
- b) für Richtlinien nach § 92 SGB V, soweit zu deren Erstellung
 - neue Methoden nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V,
 - bereits erbrachte Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder
 - Heilmittel nach § 138 SGB Vzu bewerten sind.

Die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses legt hierzu in Abschnitt C den Ablauf der Beratungen für eine sektorübergreifende Methodenbewertung fest, beschreibt die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sieht als Basis für die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor (siehe Anhang 12.8 und 12.9).

Die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen wurde aufgrund eines Antrages gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zunächst in einer Arbeitsgruppe des Unterausschusses „Psychotherapie“ durchgeführt und seit dem 01.10.2005 in einer sektorübergreifenden Themengruppe abgeschlossen.

3. Formaler Ablauf der Beratungen

3.1 Antragsstellung

Gemäß § 4 Abs. 1 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 01.10.2005 gemäß § 11 Abs. 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zur Beratung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im Unterausschuss „Psychotherapie“ zu stellen. Auch die Patientenvertreter sind gemäß der Patientenbeteiligungsverordnung (auf der Grundlage von § 140g in Verbindung mit § 140f Abs. 2 Satz 3 SGB V) berechtigt, einen Beratungsantrag zu stellen.

Diesen Antrag hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Datum 26.08.2003 dem Ausschuss vorgelegt (siehe Anhang 12.11).

3.2 Antragsbegründung

Gemäß § 4 Abs. 1 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 01.10.2005 gemäß § 11 Abs. 3 der Verfahrensordnung sind die Anträge schriftlich zu begründen. Die Begründung wurde mit der Antragstellung vom 26.08.2003 vorgelegt (siehe Anhang 12.11).

3.3 Prioritätenfestlegung durch den Unterausschuss

Gemäß § 5 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 01.10.2005 gemäß § 12 der Verfahrensordnung legt der Unterausschuss fest, welche zur Beratung anstehenden Methoden vorrangig überprüft werden.

Eine weitere Priorisierung erübrigte sich, da sonst keine Verfahren zur Beratung anstanden.

3.4 Veröffentlichung des Beratungsthemas, Abgabe schriftlicher Stellungnahmen

Gemäß § 6 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie) wie auch seit dem 01.10.2005 gemäß § 13 Abs. 1 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss diejenigen Methoden, die aktuell zur Überprüfung anstehen. Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und den Patientenvertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Das heißt, mit der Veröffentlichung sind sie aufgerufen, sich hierzu zu äußern.

Die Gesprächspsychotherapie wurde am 06.10.04. als prioritäres Beratungsthema im Bundesanzeiger, am 10.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt - Ausgabe PP – und am 15.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (siehe Anhang 12.4).

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger, im Ärzteblatt und darüber hinaus im Internet (www.g-ba.de) erfahren die aktuell vom Bundesausschuss aufgerufenen Beratungsthemen einen großen Verbreitungsgrad. Es obliegt den Dachverbänden der Ärztesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften oder anderen Sachverständigen Gruppen, sich zu Wort zu melden und alle relevanten Unterlagen einzureichen, die den Nutzen, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der betreffenden Methode belegen können.

3.5 Fragenkatalog

Der Unterausschuss hat einen Fragenkatalog entwickelt, der den Stellungnehmenden eine Strukturierung ihrer Stellungnahmen in Ausrichtung auf die Fragestellungen des Ausschusses ermöglicht. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Aussagen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen zu belegen sind.

Der Fragenkatalog wurde auf der Grundlage der geltenden Verfahrensrichtlinie vom Unterausschuss am 26.09.2004 verabschiedet. Der Fragenkatalog wurde allen zugeschickt, die der Geschäftsführung mitteilten, dass sie eine Stellungnahme abgeben wollten (siehe Anhang 12.5).

3.6 Eingegangene Stellungnahmen

Aufgrund der Veröffentlichung sind 82 Stellungnahmen eingegangen:

Nr.	Institution	Datum
1	DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH	05.11.2004
2	Privat	05.11.2004
3	Ausbildungsgruppe ZA-2-02	06.11.2004
4	Privat	09.11.2004
5	Privat	09.11.2004
6	Privat	09.11.2004
7	Privat	09.11.2004
8	Privat	10.11.2004
9	Institut für Psychologische Psychotherapie (e.V.)	10.11.2004
10	Privat	11.11.2004
11	Privat	11.11.2004
12	Privat	11.11.2004
13	Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein	11.11.2004
14	Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg	11.11.2004
15	Deutscher Psychotherapeutenverband e.V.	11.11.2004
16	Privat	11.11.2004
17	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden	11.11.2004
18	Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel	12.11.2004
19	Bezirksamt Lichtenberg von Berlin	15.11.2004
20	Privat	15.11.2004
21	Universität Bremen, Institut für Behindertenpädagogik	15.11.2004
22	Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten Hessen	15.11.2004
23	Privat	16.11.2004

24	Neue Gesellschaft für Psychologie	16.11.2004
25	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	16.11.2004
26	Privat	16.11.2004
27	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.	16.11.2004
28	Privat	16.11.2004
29	Privat	16.11.2004
30	Privat	16.11.2004
31	Privat	16.11.2004
32	Privat	17.11.2004
33	Berliner Akademie für Psychotherapie	17.11.2004
34	Privat	17.11.2004
35	Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten Hessen	17.11.2004
36	Universität Regensburg, Medizinische Psychologie	17.11.2004
37	Privat	17.11.2004
38	Privat	17.11.2004
39	Privat	17.11.2004
40	Psychotherapeutenkammer Berlin	17.11.2004
41	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	17.11.2004
42	Privat	17.11.2004
43	Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen	17.11.2004
44	Systemischen Gesellschaft & Gesellschaft für Systemische Therapie	18.11.2004
45	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz	18.11.2004
46	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz	18.11.2004
47	Universität Hamburg, Institut für Psychotherapie	18.11.2004

48	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	18.11.2004
49	Privat	18.11.2004
50	Privat	18.11.2004
51	Privat	18.11.2004
52	Privat	18.11.2004
53	Privat	18.11.2004
54	Niedersächsisches Landeskrankenhaus	19.11.2004
55	Psychotherapeutenkammer Hamburg	19.11.2004
56	Regionale Arbeitsgruppe der GwG, RAG Nr. 94847	19.11.2004
57	Psychotherapeutenkammer NRW	18.11.2004
58	Westfälische Klinik Hemmer	18.11.2004
59	Privat	20.11.2004
60	Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin	18.11.2004
61	Psychotherapeutenkammer des Saarlandes	18.11.2004
62	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	18.11.2004
63	Privat	19.11.2004
64	Privat	19.11.2004
65	Privat	19.11.2004
66	Privat	19.11.2004
67	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	22.11.2004
68	Privat	22.11.2004
69	Privat	22.11.2004
70	Westfälische Klinik Marsberg	22.11.2004
71	Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie	19.11.2004

72	Universität Osnabrück, Poliklinische Psychotherapieambulanz	22.11.2004
73	DGSF	29.11.2004
74	Niedersächsisches Landeskrankenhaus	26.11.2004
75	Privat	25.11.2004
76	Privat	25.11.2004
77	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	28.11.2004
78	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	30.11.2004

79	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	10.12.2004
80	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	22.06.05
81	Wiss. Beirat Psychotherapie; Prof. Hoffmann, Prof. Margraf	09.02.2006
82	Psychotherapieverbände GK II	15.03.2006

(Beratung der Stellungnahmen: siehe Kapitel 10)

3.7 Beratung im Unterausschuss sowie in der Themengruppe unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und der wissenschaftlichen Literatur

Der Unterausschuss hat zur Vorbereitung seiner Beratungen eine Arbeitsgruppe (AG) einberufen, die sich aus Vertretern der Kassenseite und Leistungserbringerseite sowie einem Vertreter von Patientenseite zusammensetzte und zur Aufgabe hatte, die relevante Literatur sowie die Stellungnahmen auszuwerten und für den Unterausschuss „Psychotherapie“ vorzubereiten. Ein gemeinsamer Vertreter der drei Gesprächspsychotherapie-Fachverbände GwG, ÄGG und DPGG wurde als externer Sachverständiger für die AG beratend hinzugezogen. Dieser bzw. sein Stellvertreter nahmen an allen Sitzungen der TG, die der Literaturbewertung galten, teil, bis auf die letzte halbtägige Sitzung der TG (05.04.2006), bei der die von ihm selbst eingereichte Literatur aus Handsuche bewertet wurde.

Mit in Kraftsetzung der neuen sektorenübergreifenden Verfahrensordnung am 01.10.2005 wurde die AG in eine sektorenübergreifende Themengruppe (TG) überführt und die Auswertung der Literatur hinsichtlich der sektorenübergreifenden Fragestellung in dieser Gruppe fortgeführt.

Alle Unterlagen unter Einbeziehung der Stellungnahmen und der maßgeblichen Literatur sind den Mitgliedern der Arbeitsgruppe (sowie seit dem 01.10.2005 der Themengruppe) zur Verfügung gestellt worden (siehe Anhang 12.2).

In die eingehende Erörterung der Gesprächspsychotherapie wurden die eingegangenen Stellungnahmen, die Ergebnisse der HTA-Gutachten, Empfehlungen aus Leitlinien und die verfügbare medizinisch-wissenschaftliche Literatur einbezogen, wie sie von den Sachverständigen und in den HTA-Gutachten benannt sowie durch eine systematische Literaturrecherche

identifiziert werden konnten. Die Unterlagen wurden detailliert analysiert und hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit für die Nutzenbewertung überprüft.

In der Sitzung der Themengruppe vom 29.06.2006 wurde der abschließende Bericht zur Nutzenbewertung durch die Themengruppe konsentiert und anschließend über die Berichtersteller in die beteiligten Unterausschüsse übermittelt.

3.8 Zeitlicher Beratungsverlauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
Arge-KoA (Vorgänger G-BA)	15.10.2003	Annahme des Antrags vom 26.08.2003 und Beauftragung des UA mit der Bewertung der GT
AA (Vorgänger UA des G-BA)	10.12.2003	Einsetzen einer Arbeitsgruppe zur Unterstützung bei den Bewertungsschritten
AG	10.12.2003	Entwicklung einer Recherchestrategie Anfrage an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach den Schlüsselpublikationen, welche die Grundlage des Gutachtens zur Gesprächspsychotherapie waren, unter Angabe ihrer Zuordnung zum jeweiligen der vier anerkannten Anwendungsbereiche.
UA	17.03.2004	Verständigung darauf, den zuständigen Fachgesellschaften zu ermöglichen, der Arbeitsgruppe einen methodisch versierten Vertreter aus ihren Reihen als unabhängigen Sachverständigen beizustellen.
AG	16.06.2004	Erarbeitung Fragenkatalog als Leitfaden für Stellungnahmen
AG	26.09.2004	Abschluss des 1. Screenings
AG	07.12.2004	Abschluss des 2. Screenings
UA	08.12.2004	Der Bericht aus der AG wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Der Ausschuss kommt auf der Basis der Maßgabe des BMGS im Schreiben vom 1. Dezember 1998, zu dem Schluss, dass nur eine Prüfung der GT über die vier vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Indikationsbereiche zu erfolgen hat. Das Schreiben besagt, dass bei Anerkennung eines Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der G-BA keine eigenständige Prüfung der Wissenschaftlichkeit vorzunehmen habe. Die Indikationsbereiche, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten nennt, sind: <ul style="list-style-type: none"> - Affektive Störungen - Angststörungen - Anpassungsstörungen

		<p>- Belastungsstörungen</p> <p>Gleichzeitig streben die Mitglieder an, im Dialog mit dem BMGS die Fragen einer indikationsbezogenen Prüfung der GT im Hinblick auf §§ 95 und 95c SGB V zu erörtern, was im weiteren zu einer Klarstellung seitens des BMG mit Schreiben vom 15. April 2005 führt (siehe Sitzung des UA vom 15.06.2005)</p>
UA	09.02.2005	<p>Der Ausschuss nimmt zur Kenntnis, dass der Entwurf der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, der am 15.03.2005 im Plenum beraten werden wird, Übergangsbestimmungen beinhaltet. Diese sehen vor, dass bereits begonnene Verfahren bis zum 31.12.2005 nach den BUB-Richtlinien durchzuführen sind. Danach sind Beschlüsse durch sektorübergreifende Themengruppen vorzubereiten.</p>
AG	10.02.2005	<p>Abschluss des Screenings zusätzlicher Literatur aus den Stellungnahmen.</p> <p>Studienbewertung: Indikationsbereich Affektive Störungen</p>
AG	23.03.2005	<p>Studienbewertung: Indikationsbereich Affektive Störungen</p>
UA	13.04.2005	<p>Der Bericht aus der AG wird zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Ausschuss nimmt zur Kenntnis, dass die in der Sitzung des G-BA gem. § 91 Abs. 2 SGB V am 15. März 2005 beschlossene Verfahrensordnung – nach Genehmigung durch das BMGS – folgende Konsequenzen für die Beratungsplanung haben wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Aufgabenstellung wird die Berücksichtigung zusätzlicher Studien erforderlich machen, der Arbeitsaufwand erlaubt keine Beschlussfassung bis zum 31.12.2005 - Nach In-Kraft-Treten der Verfahrensordnung wird eine Themengruppe (TG) einzurichten sein.
AG	14.04.2005	<p>Studienbewertung: Indikationsbereich Angststörungen</p>
AG	14.06.2005	<p>Studienbewertung: Indikationsübergreifende Primärstudien</p>
UA	15.06.2005	<p>Der Bericht aus der AG wird zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> <p>Mit Schreiben vom 15. April 2005 hat das BMGS dem G-BA seine Auffassung mitgeteilt, dass der G-BA bei seiner Prüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V, ob neue Psychotherapieverfahren als weitere Verfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen sind, nicht an die Beurteilung des Wissenschaftlichen Beirates nach § 11 PsychThG gebunden sei, da diese berufsrechtliche Anerkennung keine Tatbestandswirkung für die gesetzliche Krankenversicherung entfalte. Bisher hat der</p>

		<p>Unterausschuss Psychotherapie die Prüfung der Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund der Maßgabe des BMGS im Schreiben vom 1. Dezember 1998 geplant und organisiert (s.o.).</p> <p>Aufgrund dieser geänderten Ausgangsbedingung beauftragt der UA die AG, auf Basis geänderter Screeningkriterien Fundstellen und Literatur aus Stellungnahmen erneut zu sichten und weitere Studien einzuschließen. Die Bewertung der Literatur wird sich wegen des erhöhten Arbeitsaufwands zeitlich länger erstrecken als anfänglich geplant.</p>
AG	15.09.2005	<p>Durchführen einer update-Recherche und Abschluss des neuen 1. Screenings.</p> <p>Studienbewertung: Indikationsübergreifende Meta-Analysen / Sonstige Studien</p>
UA	16.11.2005	<p>Unterausschuss nimmt den Bericht zum neuen Screening und die neue Zeitplanung zur Kenntnis</p>
TG	17.11.2005	<p>Konstituierung der Themengruppe gem. Verfo</p> <p>Abschluss des neuen 2. Screenings</p> <p>Studienbewertung: Indikationsübergreifende Meta-Analysen / Sonstige Studien, Literatur aus dem Gutachten des WBP</p>
TG	15.12.2005	<p>Studienbewertung: Literatur des WBP</p> <p>Indikationsübergreifende Primärstudien</p>
TG	24.01.2006	<p>Screening zusätzlicher Fundstellen aus Elliot 2004</p> <p>Studienbewertung: Literatur des WBP</p> <p>Indikationsübergreifende Primärstudien</p>
TG	02.03.2006	<p>Durchführen einer update-Recherche</p> <p>Studienbewertung: Affektive Störungen, Angststörungen, PTSD; Persönlichkeitsstörung, Psychotrope Substanzen, Schizophrenie</p>
TG	05.04.2006	<p>Studienbewertung: Literatur aus Handsuche</p>
TG	31.05.2006	<p>Beratung des Berichts zur Nutzenbewertung</p>
TG	29.06.2006	<p>Abschließende Beratung des Berichts zur Nutzenbewertung</p>

4. Methodik der Verfahrensbewertung

4.1 Informationsgewinnung

4.1.1 Informationsgewinnung und -auswahl

Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche der Stabsstelle Methodik, Information und Qualität wurden die Publikationen zum derzeit relevanten und gesicherten psychologisch- / medizinisch-wissenschaftlichen Wissensstand zur Gesprächspsychotherapie identifiziert.

Die Bewertung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie unterliegt dem methodischen Paradigma der "Evidenz-basierten Medizin" (EbM), aus dem sich Kriterien ableiten lassen, mit deren Hilfe der Nutzen psychotherapeutischer Verfahren empirisch untersucht werden kann.

In diesem Zusammenhang ist der Nutzen der Gesprächspsychotherapie dann anzunehmen, wenn es hinreichend valide Belege aus Vergleichsstudien für die untersuchten Indikationen („body of evidence“) der Gesprächspsychotherapie gibt.

Ziel der systematischen Recherchen zur Gesprächspsychotherapie, die den Zeitraum von 1960 - Januar 2006 abdecken, war insbesondere die Identifikation von randomisierten und nicht-randomisierten kontrollierten Studien, in denen die Gesprächspsychotherapie zur Anwendung kam, sonstigen klinischen Studien, systematischen Übersichtsarbeiten, evidenzbasierten Leitlinien und von HTA-Berichten.

Darüber hinaus wurden die Studien, die dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 11 des Psychotherapeuten-Gesetzes zur Gesprächspsychotherapie zu Grunde lagen und mit Schreiben vom 3. Februar 2005 dem G-BA bekannt gegeben wurden, der Liste der Fundstellen hinzugefügt.

Den Mitgliedern der Themengruppe stand es frei, mittels einer Handsuche weitere als relevant erkannte Publikationen in den Beratungsprozess einzubringen.

Die gesamte identifizierte Literatur wurde in eine Reference-Manager Datenbank importiert. Anschließend wurden alle Fundstellen nach zuvor festgelegten Relevanzkriterien, nämlich den unten angegebenen Zielparametern, von zwei unabhängigen Bewertern hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft. Hierauf basierend wurden die relevanten Fundstellen ausgewählt und einer methodisch-qualitativen Auswertung unterzogen.

4.1.2 Literaturscreening

Um die für die Fragestellung der Themengruppe relevanten Studien aus den Recherchen zu filtern, wurden a priori Selektionskriterien definiert, anhand derer in zwei Filterprozessen die Auswahl und Auswertung von Publikationen zur Gesprächspsychotherapie vorgenommen wurde. Ausschlusskriterien für Studien waren:

- I. Sprache: Volltext weder in Deutsch noch Englisch
- II. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- III. Keine seelische Krankheit i. S. der Richtlinien
- IV. Thematisch nicht relevant
- V. Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material
- VI. Fehlender klinischer Bezug
- VII. Fallzahl ≤ 5 pro Behandlungsarm

Als relevante Endpunkte wurden indikationsspezifisch Veränderungen psychometrisch oder klinisch messbarer Merkmale definiert.

4.1.3 Stellungnahmen

Sowohl die in den Stellungnahmen vertretenen Auffassungen als auch die in den Stellungnahmen benannte Literatur gingen in die Bewertung ein. In den Stellungnahmen angeführte klinische Studien wurden im Einzelnen in den Literatursuche und -bewertungsprozess einbezogen. Auch Mitteilungen zur Gesprächspsychotherapie an die TG, die nicht als Stellungnahme deklariert waren, wurden in die Auswertung einbezogen.

4.1.4 Datenbanken

Es wurden folgende Datenbanken zur Informationsgewinnung herangezogen:

Cochrane Library (einschl. NHS CRD Datenbanken DARE, EED, HTA), HSTAT, TRIP Database, Medline, Oldmedline, Embase, Gerolit, PsycInfo, Psynex, Scisearch, Sociological Abstracts (SocioFile), Kluwer Verlagsdatenbank, Springer Verlagsdatenbank, Springer Preprint, Thieme Verlagsdatenbank.

Die in den unterschiedlichen Datenbanken verwendeten Suchstrategien sind im Anhang 12.1 aufgelistet.

4.1.5 Fachgesellschaften

Die Publikationsverzeichnisse der nationalen und internationalen Fachgesellschaften und sonstigen relevanten Institutionen wurden insbesondere im Hinblick auf vorliegende aktuelle und evidenzbasierte Leitlinien, Gutachten u.ä. gesichtet.

4.2 Informationsbewertung

Für die Bearbeitung des Themas Gesprächspsychotherapie hat der Unterausschuss „Psychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Vertretern der Kassenseite und

Leistungserbringerseite zusammensetzte und zur Aufgabe hatte, die Stellungnahmen und die wesentliche Literatur auszuwerten und dem Unterausschuss „Psychotherapie“ vorzutragen. Mit In-Kraft-Treten der Verfahrensordnung wurde diese Arbeitsgruppe in eine Themengruppe überführt, welche den Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe fortsetzte und zu Ende führte.

Die Basis der Beurteilung bildete dabei die Fragestellung des Unterausschusses, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 135 Abs. 1 des SGB V ergibt: „Erfüllt die Gesprächspsychotherapie – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Verfahren – die Kriterien des therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit, so dass die Gesprächspsychotherapie als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf?“

4.2.1 Primärstudien

Die Auswertung einzelner Primärstudien erfolgte anhand standardisierter Auswertungsbögen im Rahmen einer detaillierten Einzelauswertung oder einer Kurzauswertung (siehe Anhang 12.10), welche durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe konsentiert wurden. Die strukturierte Überprüfung der Qualität der ausgewerteten Primärstudien mit Hilfe des Auswertungsbogens ist erforderlich, da der Zusammenhang zwischen Validität und Qualität einer Studie als gut etabliert gilt. In der Regel kommt es bei weniger sorgfältig durchgeführten Studien zu einer Überschätzung der Therapieeffekte. Merkmale einer qualitativ hochwertigen Studie sind folgende Anhaltspunkte, die in den Auswertungen dargestellt wurden:

- Die Studienpopulation soll möglichst detailliert beschrieben werden.
- Interventions- und Kontrollgruppe sollen aus der gleichen Population kommen.
- Die Rekrutierung der Teilnehmer soll möglichst Bias und Confounding vermeiden.
- Ein- und Ausschlusskriterien sollen beschrieben sein.
- Die Größe des Untersuchungskollektives soll sicherstellen, dass Ergebnisse sich mit hinreichender Sicherheit nicht zufällig ereignen haben (Vermeidung sowohl von alpha- als auch beta-Fehler).
- Die Art der Randomisierung soll beschrieben werden.
- Beschreibung der Intervention und der Vergleichsintervention.
- Die Vergleichsgruppen sollen sich bis auf die Intervention möglichst nicht unterscheiden, innerhalb der einzelnen Gruppen soll die Behandlung gleich sein.
- Auswahl angemessener Outcome-Parameter, Beschreibung der Validität und Messung dieser Parameter.
- Drop-Outs sollten weniger als 20% sein.

- Eine angemessene statistische Auswertung sollte durchgeführt sein.
- Es sollte möglichst eine Intention-to-treat Analyse verwendet worden sein.

Im Sinne einer umfassenden Überprüfung wurden durch die Themengruppe auch Studien, die diese Kriterien nicht oder nur teilweise erfüllen, sorgfältig ausgewertet und in der Beratung berücksichtigt.

Um auf die eingeschränkte Verlässlichkeit solcher Studienergebnisse hinzuweisen, wurde die entsprechende Kritik im Fazit des Auswerters detailliert benannt. Die Einordnung in die Evidenzhierarchie und die Bewertung der Ergebnisse der einzelnen Publikationen erfolgte abschließend durch eine detaillierte Diskussion in der Themengruppe.

4.2.2 Sekundärliteratur

Zusätzlich zur Primärstudienauswertung wurden systematische Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte mit Hilfe des Auswertungsbogens zu Extraktion und Bewertung von Informationssynthesen von Psychotherapie-Studien (siehe Anhang 12.8) ausgewertet und die Ergebnisse in den Beratungsprozess einbezogen.

4.2.3 Literatur aus Stellungnahmen

Alle Stellungnahmen waren neben den wissenschaftlichen Unterlagen Beratungsgrundlage für die Themengruppe. Die Stellungnahmen wurden zudem stratifiziert aufbereitet, um die Antworten der Stellungnehmenden zu den einzelnen Fragen vergleichen zu können (siehe Anhang 12.7).

5. Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist ein Psychotherapieansatz der humanistischen Psychologie.

Sie wurde ab Anfang der 40er Jahre von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers als eigenständige psychotherapeutische Therapierichtung in Auseinandersetzung und Abgrenzung von den damals beherrschenden psychoanalytisch-psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren neu entwickelt.

Der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie liegt ein eigenständiges anthropologisches Modell sowie eine spezifische Behandlungsphilosophie zu Grunde.

In diesem Modell wird ein ausgesprochen optimistisches Menschenbild mit Betonung der Entscheidungsfreiheit des Menschen und seinen Entwicklungsmöglichkeiten herausgearbeitet.

Rogers sieht den Menschen als grundsätzlich positives, mit Ressourcen zur Entwicklung ausgestattetes, soziales und mit sich selbst im Einklang stehendes Wesen.

Er betont die Fähigkeit des Menschen, unter günstigen Entwicklungsbedingungen sich selbst und seine Umwelt zu verstehen und sich im Sinne eines angenommenen Bedürfnisses nach Selbstaktualisierung in der ständigen Interaktion mit der sozialen Umwelt zu einer reifen Persönlichkeit zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang hebt Rogers die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen hervor, Konflikte und Spannungen, die aus einer Diskrepanz zwischen Umwelt und Selbsterfahrungen resultieren, zu bewältigen und im Sinne des persönlichen Wachstums zu integrieren.

Besonders hervorzuheben ist, dass Rogers von Anfang an eine empirische Orientierung bei der Entwicklung seiner Therapierichtung vertrat.

Das Buch von Rogers und Dymond (1954) zeigt, dass Rogers und seine Arbeitsgruppe Forschungsmethoden der empirischen Psychologie zwanglos mit ihrem humanistischen Grundkonzept verbanden.

Dieses Buch stellt einen der wichtigen, mittlerweile historisch zu nennenden Wegmarker der empirischen Psychotherapie-Forschung dar, die von R. Tausch und J. Helm (1978) in unterschiedlicher Weise in Deutschland aufgenommen und weiterentwickelt wurde.

5.1 Historische Entwicklung

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist eng mit dem Namen und der Person ihres Begründers Carl R. ROGERS (1902—1987) verbunden (Rogers, 1951; 1954; Tausch, 1960; Eckert et al, 2006).

Die Entwicklung der von ihm initiierten Therapierichtung lässt sich in drei Phasen einteilen:

Die 1. Phase (etwa ab 1940) kann als „nicht-direktive Psychotherapie“ (Rogers 1942/72) bezeichnet werden. Betont wird hier das nicht-lenkende und permissive Vorgehen des Therapeuten und die Schaffung einer angstfreien Atmosphäre.

In der 2. Phase (etwa ab 1950) tritt die „Klienten-Zentrierung“ (Rogers 1951/73) in den Vordergrund, d. h. die Bedeutung des Einfühlens des Therapeuten in die Gefühls- und Erlebniswelt des Klienten wird betont. Zu dieser Zeit entwickelt Rogers auch seine Persönlichkeitstheorie.

Eine 3. Phase wird durch den Aufsatz „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (Rogers 1957) eingeleitet. Der Autor betont hier vor allem die Wichtigkeit des Therapeutenverhaltens im Rahmen der Gesprächspsychotherapie, welches weiter systematisiert und operationalisiert wird.

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie wurde von R. Tausch ab 1956 in Deutschland eingeführt.

5.2 Störungsmodell

Rogers entwickelte für die Gesprächspsychotherapie ein idiosynkratisches Störungsmodell, das sich in seinen Grundzügen deutlich von dem der Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie abhebt.

Hierbei wird im Gegensatz zu Konzepten der Psychoanalyse, die sich durch ihren Begründer S. Freud an gängigen medizinischen Krankheitskonzepten orientierten, der Begriff der „Störung“ als eigenständiges neues Konzept eingeführt, das sich explizit von medizinischen Krankheitsmodellen abhebt.

C. Rogers zielte bei Entwicklung seines Therapieansatzes nicht auf die Behandlung psychischer Erkrankungen, sondern es ging ihm um das Verstehen und die Therapie von aus maladaptiven Prozessen („gestörte Selbstregulationsprozesse“) resultierenden psychischen Ungleichgewichten („Inkongruenzen“) mit möglichem Störungscharakter.

Ein wesentlicher Impuls war, hierdurch ein Modell zu entwickeln, wie Menschen generell ein höheres Maß an psychischer Reife und Autonomie entwickeln können.

Diese Leitidee ist bis heute wesentlich für die praktische Anwendung der Gesprächspsychotherapie.

Für das ätiologische Modell der Gesprächspsychotherapie ist die Hypothese wesentlich, dass es beim Patienten zu einem nennenswerten Grad von Inkongruenzen kommt, die aus nicht mehr ausbalancierbaren Widersprüchen innerpsychischer Repräsentanzen seiner organismischen Erfahrungen, seiner Biographie, der vorhandenen äußeren Belastungsfaktoren und seiner spezifischen Selbststruktur resultieren.

Bedeutsam sind auch die aktuellen Symbolisierungen des Erlebens von pathogenen Lebensereignissen, die ebenfalls als Ursache für die Entwicklung unterschiedlicher Störungsbilder angesehen werden.

Die von Rogers konzipierten therapeutischen Interventionen zielen darauf ab, durch den geförderten Prozess der Selbstaktualisierung des Klienten ein konstruktives psychisches Gleichgewicht wiederherzustellen.

Diese Interventionen sind nicht direkt störungs- oder symptom-spezifisch.

Wesentliche Wirkfaktoren des konstruktiven therapeutischen Prozesses sind:

- die Gestaltung der therapeutischen Beziehung,
- der akzeptierende, wertschätzende Dialog zwischen Klient und Therapeut,
- das Wissen um und das Vertrauen in das Selbstentfaltungspotenzial (Selbstaktualisierungstendenz) eines jeden Menschen,
- die Fokussierung auf das aktuelle Erleben mit der Erfahrung ihrer organismischen Bewertung (Gefühle),
- die Selbstexploration und das Selbsterleben (experiencing), mit dem Ziel, die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung wiederherzustellen und die Persönlichkeit voll zu entfalten.

5.3 Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie

Psychotherapie bedeutet in der GT die Behandlung von Inkongruenz durch die Beziehung mit dem Therapeuten, die eine Alternative zur ursprünglichen traumatisierenden Beziehung zwischen Bindungsperson und Kind darstellt. Diese Begegnung im Sinne der Begegnung zweier Personen mit je eigenem Selbstkonzept zielt auf eine vertiefte Selbstexploration des Klienten, die ihm hilft, seine organismischen Erfahrungen zu symbolisieren, sich ihnen zu öffnen und sie neu zu ordnen und zu bewerten. Therapeutisches Agens ist die Anerkennung durch den Psychotherapeuten auf der Grundlage von:

1. einfühlerndem Verstehen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten (einschließlich der angemessenen Verbalisierung der verstandenen Erlebnisinhalte),
2. unbedingter Wertschätzung: (nondirektive) Klientenzentrierung und
3. eigener Selbstkongruenz

(als notwendige und hinreichende Bedingungen).

5.3.1 Empathie

Mit Empathie ist eine entscheidende Aktivität des Therapeuten umschrieben, nämlich das Sich-Hineinversetzen in den inneren Bezugsrahmen des Klienten. Quelle der Empathie ist eine allgemeine Haltung von Mitmenschlichkeit, wobei jedoch eine deutliche Abgrenzung von einer zu starken Identifikation mit dem Klienten erhalten bleiben muss. Biermann-Ratjen et al. (1983) betonen, dass Empathie mehr als die „Verbalisierung persönlich-emotionaler Erlebnisinhalte“ des Therapeuten meint, nämlich eine generelle Einstellung und Haltung. Ein bestimmtes Gesprächs“verhalten“, welches unter Nicht-Gesprächstherapeuten häufig als „Spiegeln“ bezeichnet wird, garantiert allein empathisches Verstehen nicht.

5.3.2 Unbedingte Wertschätzung

Diese Therapeutenvariable meint die „nicht an Bedingungen geknüpfte Akzeptanz und Wertschätzung“ des Klienten durch den Therapeuten, worunter kein gedankenloses Hinnehmen unerwünschter Verhaltensweisen des Klienten zu verstehen ist. Biermann-Ratjen et al. (1983) umschreiben diese Variable wie folgt:

„Unbedingte Wertschätzung ist keine überdauernde Haltung des Therapeuten. Sie ist eine anzustrebende Haltung gegenüber konkreten selbstexplorativen Äußerungen eines Klienten in einer konkreten Therapiesituation innerhalb einer therapeutischen Beziehung.“

5.3.3 Selbstkongruenz (Echtheit)

Selbstkongruenz bedeutet, dass der Therapeut keine Rolle vor dem Patienten spielt, also beispielsweise nicht versucht, Empathie zum Ausdruck zu bringen, obwohl er diese nicht empfindet. Rogers (1962) meint dazu:

„In erster Linie nehme ich an, dass das Wachstum der Persönlichkeit dann gefördert wird, wenn der Therapeut das ist, was er ist, in seiner Beziehung zum Klienten echt ist, ohne Grenzziehung oder Fassaden, wenn er zu den Gefühlen und Einstellungen, die ihn augenblicklich bestimmen, stehen kann. Wir haben den Ausdruck Kongruenz zur Beschreibung dieser Bedingungen benutzt. Wir meinen damit, dass die Gefühle, die den Therapeuten bestimmen, ihm zur Verfügung stehen, dass er sie bewusst werden lassen kann, dass er fähig ist, sie zu leben und zwar in der Beziehung, dass er fähig ist, sie mitzuteilen, wenn das angezeigt ist. Das bedeutet, dass er seinem Klienten unmittelbar persönlich begegnen kann, so dass ein ganzer Mensch auf einen anderen Menschen trifft.

Das bedeutet, dass er er selbst ist, sich nicht verleugnet. Niemand erreicht diesen Zustand vollständig, dennoch je mehr der Therapeut annehmen kann, was er wahrnimmt, wenn er in sich hineinhört, und je mehr er seine Gefühle in ihrer ganzen Komplexität ohne Angst leben kann, um so größer ist das Maß seiner Kongruenz.» (Rogers 1962, zitiert nach Biermann-Ratjen et al. 1983, S. 28-29)

5.4 Neuere Entwicklungen und Varianten

Neben dem oben beschriebenen klassischen Vorgehen entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut stärker den therapeutischen Prozess steuert, um spezifische Therapieziele zu fördern bzw. um den Besonderheiten einzelner Störungen oder einzelner Patienten gerecht zu werden. Dazu wurden zum Teil auch zusätzliche Methoden zur Erweiterung der „Selbstexploration“ oder der Erlebniszufähigkeit des Patienten eingesetzt.

Dazu gehören erlebniszentrierte Modifikationen (Focusing), differenzielle Methoden (zielorientierte Gesprächspsychotherapie, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie) oder erfahrungsaktivierende Methoden (z. B. Körperarbeit).

Einen eigenständigen, aus der Gesprächspsychotherapie hervorgegangenen Ansatz stellt die Prozess-Erlebnisorientierte Therapie (PET) dar.

In dieser Therapieform werden die emotionalen Prozesse des Patienten im Therapieprozess in den Mittelpunkt gerückt.

PET verknüpft somit traditionelle Konzepte der klientenzentrierten Psychotherapie mit neueren emotionstheoretischen Annahmen. Das therapeutische Handeln enthält auch strukturiertere und aus anderen Therapieansätzen (z.B. der Gestalttherapie) entlehnte Techniken.

Vertreter dieser Richtung sind der kanadische Psychologe Leslie S. Greenberg, der amerikanische Psychologe Robert Elliott und der belgische Psychologe Germain Lietaer.

Die Operationalisierung des Behandlungsverfahrens als Beratungsgegenstand der Themengruppe wird im nachfolgenden Kapitel ausführlich dargestellt.

5.5 Literatur

Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz HJ. Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.2003.

Eckert J, Biermann-Ratjen E.-M., Hoeger D. Gesprächspsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis. Springer-Verlag New York, Stuttgart, 2006

Helm, J, Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausbildung. Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1978.

Pavel, F. G.: Die klientenzentrierte Psychotherapie. München: Pfeiffer. 1978

Rogers CR. Client-centered therapy. Hughton Mifflin. Boston 1951

Rogers CR, Dymond RF. Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach. University of Chicago Press. Chicago, 1954

Rogers, C. R. A theory of therapy, personality and interpersonal relationship. In S. Koch (Ed.), Psychology: a study of a science. I Vol. 3 pp. 184 - 256. New York: McGraw Hill. 1959

Sachse R. Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.1999.

Tausch R. Das psychotherapeutische Gespräch. Erwachsenen-Psychotherapie in nichtdirektiver Orientierung. Göttingen: Hogrefe, 1960

6. Operationalisierung des Beratungsgegenstandes

Die Themengruppe hat der Tatsache, dass im deutschen wie im englischen Sprachraum zahlreiche Bezeichnungen für die Therapieform „Gesprächspsychotherapie“ existieren, insoweit in der Recherche Rechnung getragen, als dass hier mit „EXPLODE“ Befehlen gearbeitet wurde und keine Beschränkungen auf bestimmte Bezeichnungen vorgenommen wurden.

Beim Screening der Literatur wurden alle Fundstellen, die auf eine Anwendung von Gesprächspsychotherapie, einschließlich neuerer Entwicklungen und Varianten, schließen ließen, eingeschlossen. Eine Vielzahl von Studien musste erst einer Volltextanalyse (Langauswertung) unterzogen werden, um erkennen zu können, welche Behandlungsverfahren zur Anwendung kamen.

Bei der Extraktion und Bewertung der Studien anhand des Volltextes, erfolgte eine differenzierte Analyse der Beschreibung der jeweils angewendeten Behandlungsverfahren. Ein solches Vorgehen war erforderlich, da nur eine ausführliche Analyse der jeweils beschriebenen Behandlungsmethodik sowie des Studiendesigns eine Einschätzung ermöglicht, ob es sich bei der verwendeten Therapieform um Gesprächspsychotherapie handelt, wie sie in Deutschland angewendet und gelehrt wird und inwieweit z.B. Gesprächspsychotherapie allein oder Gesprächspsychotherapie zusammen mit anderen Verfahren / Methoden / Techniken als Interventionsbedingung der jeweiligen Studie geplant und durchgeführt wurde. Außerdem wurde berücksichtigt, inwieweit Gesprächspsychotherapie zusammen mit Psychopharmaka angewandt wurde.

Im Rahmen dieser Analyse wurde zum Beispiel deutlich, dass der Begriff „non-directive counselling“ in unterschiedlichen Studien sehr unterschiedliche Vorgehensweisen beschreibt. Diese sehr heterogene Begriffsverwendung wurde auch vom externen Sachverständigen bestätigt und dahingehend präzisiert, dass der Begriff in den USA für „Beratung“ und nicht für „Gesprächspsychotherapie“ stehe, in Großbritannien aber Gesprächspsychotherapie als Krankenbehandlung bezeichne. Die intensive Analyse und Diskussion des jeweils angewendeten „non-directive counselling“ in der Themengruppe führte dazu, dass die Studien von Ward et al. (2000) und King et al. (2000) berücksichtigt werden konnten.

Von der Themengruppe wurde auch geprüft, ob die von R. Sachse konzipierte „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ als originär gesprächspsychotherapeutischer Therapieansatz zu bewerten ist. Hierzu teilte der Autor persönlich mit, dass sich der von ihm entwickelte Therapieansatz grundlegend von der klassischen Gesprächspsychotherapie unterscheidet, nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zur Anwendung kommt und auch nicht in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung gelehrt wird.

Diese Auffassung wird in dem Lehrbuch „Gesprächspsychotherapie“ von J. Eckert et al (2006) geteilt: „Mit dieser Auffassung vom therapeutischen Prozess,

seinem Inhalt und der Rolle von Patient und Therapeut in ihm steht die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie der kognitiven Verhaltenstherapie konzeptionell näher als der Gesprächspsychotherapie“ (S.106). Aufgrund dieser Darlegungen entschied die Themengruppe, dass die Studien von R. Sachse nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie gewertet werden können.

Ein weiterer Prüfungs- und Diskussionsgegenstand war die so genannte „Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie“ (process experiential therapy; PET), auch als „experiential therapy“ bezeichnet, eine Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie von L. Greenberg aus Kanada. Nach eingehender Literaturrecherche und intensiver Diskussion, kam die Themengruppe zu dem Ergebnis, dass es sich hierbei um eine Therapievariante der Gesprächspsychotherapie handelt, bei der gesprächspsychotherapeutische Techniken mit Techniken aus anderen humanistischen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie, kombiniert werden und die sich von der klassischen Gesprächspsychotherapie grundlegend durch die Anwendung von strukturierten Interventionen unterscheidet. Diese Therapievariante wird nicht im Rahmen der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung in Deutschland gelehrt. Insoweit entschied sich die Themengruppe dafür, dass Studien, die diesen Therapieansatz untersuchen, nicht als Wirksamkeitsnachweis für Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland Anwendung findet, gewertet werden können.

Gleiches gilt auch für „emotion focused therapy“ (EFT). Dieser Therapieansatz, der auch von L. Greenberg entwickelt wurde, wird ebenso wie die PET den erlebniszentrierten Therapieformen zugeordnet. Die EFT fokussiert, im Unterschied zur klassischen GT, auf die emotionalen Erfahrungen des Patienten. Der entscheidende Unterschied zur klassischen GT besteht sowohl bei der EFT als auch bei der PET darin, dass das Prinzip der Nichtdirektivität zugunsten eines aktiv lenkenden Therapeutenverhaltens aufgegeben wurde.

Alle Studien, in denen „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) oder solche Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie, welche die gesprächspsychotherapeutischen Wirkvariablen verwirklichen, als Behandlungsmethode zur Anwendung kamen, wurden als Beratungsgegenstand definiert.

7. Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen

Durch die systematische Recherche sowie durch Stellungnehmende wurden mehrere Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen identifiziert. Auch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, das im berufsrechtlichen Zusammenhang für die Bewertung der GT eine Schlüsselstellung einnimmt (s.o.) fällt in diese Kategorie.

Die meisten der Sekundärstudien machen keine Aussagen zu einzelnen Indikationen. Die Arbeiten treffen in der Regel globale Aussagen zur Psychotherapie auf Basis des Einschlusses von Primärstudien aus einer großen Bandbreite an Störungsbildern.

Zwei Arbeiten von Ruhmland et al. (2001) stellen störungsspezifische Arbeiten dar. Sie berücksichtigen Studien aus der Gruppe der Angststörungen.

7.1 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Gutachten

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
Ref ID: 3236 Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zum Nachantrag der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. Gutachten vom 16. September 2002	Keine systematische Literaturübersicht oder Metaanalyse	Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass das Kriterium für die wissenschaftliche Anerkennung erfüllt ist (mindestens 4 der „klassischen“ Indikationsbereiche) – also soll GT für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Erwachsene) zugelassen werden.	Literatur des Wissenschaftlichen Beirates wird in das Bewertungsverfahren einbezogen

Systematische Reviews / Meta-Analysen: Indikationsübergreifend

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
Ref ID: 2155 Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe. 2001 und Ref ID: 2084 Donati-Cueni RE. Psychodynamische und humanistische Therapien in der empirisch kontrollierten Psychotherapieforschung. Dissertation Universität Bern, 1995.	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)	7 Studien, Kombination mit anderen Techniken außer VT, durchschnittliche Dauer unter 20 Therapiesitzungen, ambulante Einzeltherapie (mehrheitlich). Versuchspläne unterdurchschnittlicher Qualität. Vergleich mit Psychodynamik: 5 Studien, eine davon wurde vom Ausschuss bereits ausgeschlossen (Meyer 81), ansonsten keine Unterschiede (signifikant). 20 mit verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingungen mit einer deutlichen Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Zusammenfassung: Gesprächstherapie nachweislich wirksames Verfahren für ein weites Spektrum von Störungen bei Unterlegenheit gegenüber den verhaltenstherapeutischen Methoden. Nicht direktives therapeutisches Vorgehen sei bei Patienten mit gering entwickelter Autonomie und vorherrschenden externalen Kontrollerwartungen kontraindiziert. Die spezifischen Wirkungsbedingungen werden auch für andere Behandlungsverfahren geltend gemacht (Selbstexploration, Empathie und	Die von den Autoren als Meta-Analyse bezeichnete Studie umfasst u.a. auch eine kritische Übersicht von Studien zur GT. Insbesondere aufgrund der erheblichen Heterogenität der eingeschlossenen Einzelstudien sowie der Art der vorgenommenen Quantifizierung der Ergebnisse ist eine Auswertung bezogen auf die Fragestellung der TG nicht möglich. Daher wurde ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe mit anschließender Einzelprüfung der relevanten Studien

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
		<p>Wertschätzung) Fazit Gesprächstherapie ist ein wirksames Verfahren für ein weites Spektrum an Störungen, allerdings den kognitiv behavioralen Verfahren unterlegen</p> <p>Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer Psychotherapie im Wandel, S. 139: „ ... muss bezweifelt werden dass die für die Gesprächspsychotherapie gefundenen Ergebnisse für diese Therapieform spezifisch sind.“</p>	vorgenommen.
<p>Ref ID: 3252 Elliott R. Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In: Esser U, Pabst H, Speierer GW (Eds.). The power of the person-centered approach: New challenges, perspectives, answers. Köln: GwG.1996, S.125-38.</p> <p>und</p> <p>Ref ID: 2101 Elliott R. Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. [Are client-centered experiential therapies effective? A metaanalysis of effectiveness research]. GwG Zeitschrift 1996; 101: 29-36.</p>	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)	<p>Erfahrungszentrierte Therapien sind effektiv und nicht-erfahrungszentrierten Behandlungen gleichwertig. Erfahrungszentrierte Therapie ist bei Partnerproblemen besonders effektiv. Bei der Therapievergleichsforschung hat die Zugehörigkeit der Forscher zu einer bestimmten therapeutischen Orientierung bedeutsame Auswirkungen auf die Ergebnisse.</p>	<p>Publikation für die Fragestellung der TG nur sehr eingeschränkt verwertbar. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien, Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien, sind nicht beschrieben. Die meisten Ergebnismaße wurden aus allen Behandlungen mit erfahrungszentrierten Therapien (dazu gehören auch Gestalttherapien) zusammen ermittelt. Analyse der Originalstudien ist zielführender.</p>
<p>Ref ID: 943 Elliott R. The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In: Cain, DJ (Eds). Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2002, S. 57-81.</p>	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) Update vorange-gangener Meta-Analysen (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994 und Elliott 1996)	<p>Humanistische Therapien sind wirksam. Das größte Problem aller Therapiestudien ist die Forscherloyalität.</p>	<p>Publikation für die Fragestellung der TG nur sehr eingeschränkt verwertbar. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien, Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien, sind nicht beschrieben. Die meisten Ergebnismaße wurden aus allen Behandlungen mit humanistischen Verfahren zusammen ermittelt, einzelne Erkenntnisse zu klientenzentrierter und nichtdirektiver-supportiver Therapie liegen, außer beim Methodenvergleich, nicht vor. Bei letzterem zeigte sich in 23 Studien in denen klientenzentrierte Therapie oder nichtdirektiv-supportive Therapie mit kognitiver VT verglichen wurde, eine geringfügige Überlegenheit der</p>

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
			kognitiven VT. Berechnung des Effekts der Forscherloyalität nicht nachvollziehbar.
<p>Ref ID: 3253 Elliott R, Greenberg LS, Lietaer G. Research on experiential psychotherapies. In: Lambert MJ (Eds). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th edition. S.493-540. New York: Wiley.2004.</p>	<p>Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse) bzw. Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese</p>	<p>Generelle Wirksamkeit empirisch nachgewiesen, insbesondere für 4 Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depression: „wirksam“ (gleich gut wie etablierte Verfahren oder besser als andere aktive Behandlung in 2 unabhängigen Untersuchungssettings) - Angst: „wahrscheinlich wirksam“ (mind. 1 Studie zeigt Äquivalenz zu etabliertem Verfahren; allerdings diskutieren die Autoren eine mögliche Überlegenheit von CBT) - Trauma und Missbrauch: „wirksam und spezifisch“ (möglicherweise sind die prozess-direktiven Anteile bedeutsam für die therapeutischen Erfolge) - Eheprobleme: „wirksam und wahrscheinlich spezifisch“ 	<p>Bewertung der Aussagen zu einzelnen Indikationen aus dem Fazit (nach Chambless & Hollon Kriterien): Angststörungen (S. 511): Die Schlussfolgerung GT sei „wahrscheinlich wirksam“ beruht auf Studien von Borkovec. Diese wurden von der TG einzeln geprüft.</p> <p>Trauma und Missbrauch (S. 512): Die drei Vergleichsstudien, welche die Schlussfolgerung „wirksam“ begründen, wenden keine GT im klassischen Sinne an, sondern „meaning creation + empty chair“ (Clarke 1993) oder „empty chair dialogue“ (Souliere 1995) oder Process Experiential (Paivio & Greenberg 1995). Welche davon für die Fragestellung der TG relevant sind, ist in der Einzelprüfung zu klären.</p> <p>Depression (S. 513): Zahlreiche Studien als Wirksamkeitsbeleg angeführt. Welche davon für die Fragestellung der TG relevant sind, ist in der Einzelprüfung zu klären.</p> <p>Eheprobleme: Keine krankheitswertige Störung</p> <p>Beurteilung der Meta-Analyse nach formalen Gesichtspunkten Die Studie von Elliott erfüllt wesentliche methodische Kriterien einer Metaanalyse nicht. So fehlen für die Bewertung der Ergebnisse wichtige Angaben zur Literaturrecherche, zu den Ein- und Ausschlusskriterien von Einzelstudien, zum Studiendesign, zu den vorliegenden Erkrankungen, zu den Therapieschemata, zu den Patientencharakteristika und zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Aufgrund der</p>

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
			<p>methodischen Mängel sind die Aussagen der Studie für die Nutzenbewertung der GT nicht zu verwerfen.</p> <p>Es wurde ein Abgleich mit den einzelnen Vergleichs- und Kontrollstudien durchgeführt, um eventuell bisher nicht berücksichtigte Studien in den Beratungsprozess mit aufzunehmen. Darüber hinaus ist der Begriff der CCT weiter ausgelegt als es der Fragestellung der Themengruppe entspricht.</p> <p>Abgleich der Literatur Ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe wurde vorgenommen. Einzelprüfung relevanter Studien wurde vorgenommen.</p>
<p>Ref ID: 3348 Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients. Arch Gen Psychiatry 1981; 38 (11): 1203-8.</p>	<p>Systematischer Review mit quantitativer Informations-synthese (Meta-Analyse)</p>	<p>Die mittleren Effektstärken waren für die verbalen Techniken 0,74 für die VT 0,97 für Placebo 0,55 und für developmental 0,35.</p>	<p>Diese Ergebnisse sind aber wenig aussagekräftig, da Schweregrade und Diagnosesicherung nicht bekannt waren. Relativ kurze Anwendungen von analyt. Verfahren und VT können signifikante Verbesserungen erzeugen, die wenigstens ein Jahr anhalten. Die wichtigste Frage bleibe: Welche Behandlungsform bewirkt die besten Ergebnisse für welche spezifische Störung? Sehr schlechtes Outcome für die klientzentrierte Therapie, aufgrund der methodischen Schwächen jedoch nicht verwendbar</p>
<p>Ref ID: 3356 Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology 2001; 52: 685-716.</p>	<p>Systematischer Review mit qualitativer Informations-synthese</p>	<p>Zusammenfassung der Argumente für und gegen EST's: <u>Gegen:</u> Arbeit einer kleinen Gruppe von Division 12 Quantitative Forschung eignet sich nicht für PT EST basiert auf manualisierter Therapie Da die Effektivität bei den meisten PT-Formen nicht differiert ist EST nicht notwendig EST wird die klin. Praxis nicht bestimmen <u>Für:</u> Tab. 2 und 3 zeigen die Ergebnisse von 8 Reviewern und belegen die Notwendigkeit EST eignet sich auch für PT Therapeuten, die manualbasiert</p>	<p>(EST steht für eine empirische Vorgehensweise zur Bewertung von Psychotherapie und ist keine Abkürzung für einen Therapieansatz.) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
		arbeiten, arbeiten nicht weniger effektiv als Therapeuten ohne Manual Spezifität für Angststörung und Depression im Kindesalter ist belegt EST kann in den klin. Alltag integriert werden	
Ref ID: 3362 Frohburg I. Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002; 33 (3) : 196-208.	Systematischer Review mit quantitativer Informations- \rightarrow synthese (Meta-Analyse)	Die bei Therapieabschluss erreichten klinisch relevanten Behandlungseffekte bleiben langfristig erhalten. Positive Langzeiteffekte sind für unterschiedliche Indikationsbereiche und unter unterschiedlichen geschäftspsychotherapeutischen Behandlungsbedingungen nachgewiesen, sowohl auf Symptomebene als auch hinsichtlich klinisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale und des Selbsterlebens. Es ließen sich häufig positive Späteffekte aufzeigen, die ein besonderes Charakteristikum der GT sein könnten.	Insgesamt handelt es sich bei der Arbeit von Frohburg um einen Querschnitt der damaligen Katamnesestudien zur Gesprächspsychotherapie. Aufgrund fehlender methodischer Standards und oft unzureichender Angaben zu den Einzelstudien muss die Validität der Ergebnisse in Zweifel gezogen werden. Ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe wurde vorgenommen. Einzelprüfung relevanter Studien wurde vorgenommen.
Ref ID: 274 Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Arch Gen Psychiatry 1975; 32 (8): 995-1008.	Systematischer Review mit quantitativer Informations- \rightarrow synthese (Meta-Analyse)	Den Autoren ging es um den Vergleich einer Reihe von Variablen wie Psychopharmakotherapie, die klientenzentrierte Therapie war nur ein kleiner Ausschnitt	Die Studie kann nicht mitberücksichtigt werden, es muss auf die Einzelfallstudien zurückgegriffen werden.
Ref ID: 2384 Matt GE. Behandlungseffekte und Studienmerkmale: Eine meta-analytische Untersuchung zur Praxis der Psychotherapieeffektforschung. Gruppendynamik 1987; 18 (4): 345-60.	Systematischer Review mit quantitativer Informations- \rightarrow synthese (Meta-Analyse)	Die Schlussfolgerung der Autoren ist, dass es eigentlich keinen Unterschied zwischen den Therapieverfahren gibt, weil die Aussagen über die Effektstärken stark mit der Güte der Methodik der Studien korreliert.	Keine Relevanz für die Fragestellung der Themengruppe.
Ref ID: 1647 Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Am Psychol 1977; 32 (9): 752-60.	Systematischer Review mit quantitativer Informations- \rightarrow synthese (Meta-Analyse)	Für die klientenzentrierte Beratung ergab sich eine mittlere Effektstärke von .63, .59 für die psychodynamischen Verfahren und .91 für die systematische Desensibilisierung.	Die Studie ist von eher historischem Interesse. Die Therapien wurden nicht in Bezug auf Dauer/Schwere der Erkrankung und Art der Outcome-Erhebung unterschieden, so dass die Effektstärken diese Variablen nicht mitberücksichtigen. Dazu ist die starke Abhängigkeit von der Anzahl der Effektmaße (im Vergleich 223 für die systematische Desensibilisierung gegenüber 94 für die klientenzentrierte) nicht berücksichtigt worden. Die Diagnosen der Patienten, nämlich Psychose/Neurose weisen keine Korrelation mit der Effektstärke auf. Der IQ der Patienten hat einen erheblichen Einfluss auf die Effektstärken. Insgesamt ist die Studie

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
			nicht verwertbar und man musste die entsprechenden Einzelfallstudien für die Gesprächstherapie heranziehen.

Übersichtsarbeiten: Indikationsübergreifend

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
Ref ID: 2076 Speierer GW. Neuere empirische Ergebnisse zur Therapie, Diagnostik und Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Psychologie in der Medizin 1996; 7 (3): 8-14	Narrativer Review	Es werden neue störungstheoretische Ansätze angewendet und differentielle Therapien durchgeführt. Mit Hilfe des vorliegenden Instrumentariums sind differentielle Diagnostik, Therapieplanung, Prozess- und Erfolgskontrolle möglich. Befunde zur Effektivität zeigen, dass GT dem Vergleich mit anderen Therapieverfahren standhalten kann.	Unsystematische Übersichtsarbeit, keine Therapiestudie Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 2039 Tschuschke V. Was leisten Psychotherapien? Ein Beitrag zur Debatte über differentielle Effekte verschiedener Behandlungskonzepte. In: Esser U, Pabst H, Speierer GW (Eds). The power of the person-centered approach. New challenges, perspectives, answers. Köln: GwG. 1996, S. 159-81.	Nicht eindeutig zuordbar	Man sollte sich um wichtigere Dinge kümmern, nämlich welche Qualifikation und Fähigkeiten der Therapeuten fördern die Behandlung von komplexen pathologischen Beziehungsmustern von Patienten. Der „Stay“ der Grawe et.al Metaanalyse sei eine Folge von Artefakten, die in der Folge von ungenügenden methodologischen Prozeduren entstanden seien.	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 2439 von Zerssen D. Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Psychother Psychosom Med Psychol 1986; 36 (1): 8-17.	Narrativer Review	Soweit die Erfolge unterschiedlicher Techniken der Verhaltenstherapie oder unterschiedlicher Therapieformen z.B. Verhaltenstherapie oder diese und analytische Fokaltherapie miteinander verglichen worden sind, erscheinen die Unterschiede meist wenig eindrucksvoll; beim Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen ergibt sich jedoch überwiegend eine positive Bilanz.	Narrativer Review (Einzelmeynung) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Systematische Reviews / Meta-Analysen: Angststörungen

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
Ref ID: 1914 Ruhmland M. Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie 2001; 11 (1): 41-53.	Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)	<ul style="list-style-type: none"> - Angewandte Entspannung (ES = 1,65), Kognitive Verhaltenstherapie (CBT, ES = 1,43) und Kognitive Therapie (CT, ES = 1,20) zeigen die größten durchschnittlichen prä-post Effekte - Nondirektive Therapie hat eine Effektstärke von ES = 1,00 in Bezug auf die Hauptsymptomatik - Katamnestisch zeigt von den untersuchten Verfahren CBT (ES = 1,23) die besten Effekte. 	Aus der Metaanalyse ist nicht ersichtlich, ob die angewandte Therapie mit der GT, wie sie in Deutschland angewandt wird, vergleichbar ist. Für Bewertung der TG muss die metaanalytische Ebene verlassen werden und die Originalarbeit herangezogen werden. Die Arbeit ist von Borkovec et al. (1987) „The Effects of relaxation training with cognitive and non directive therapy in the treatment of generalized anxiety disorders. J. of Consulting

RefID, Autor, Jahr	Studientyp	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung
			and Clinical Psychology, 87, 55,883.888. (= Ref ID: 868) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 1915 Ruhmland M. Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie : Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie,2001; 11 (1): 41-53	Systematischer Review mit quantitativer Informations-synthese (Meta-Analyse)	Für die Panikstörung ohne Agoraphobie liegen keine Studien zur non-direktiven Therapie vor. Für die mit Agoraphobie sind die non-direktiven Therapien den Warte-Kontrollgruppen signifikant überlegen. Allerdings sind sie im Vergleich zu den kognitiven und verhaltenstherapeutischen Verfahren deutlich schlechter. Konfrontation in vivo hat die stärksten Veränderungen der Beeinträchtigung im Lebensalltag allerdings auch die höchsten Abbruchquoten. Die Effekte für kognitiv behaviorale und non-direktive Therapie sind deutlich geringer. Psychopathologische Symptomatik ist nicht auswertbar für non-direktive Therapie. In die statistische Auswertung wurden lediglich Behandlungsarten aufgenommen, für die mindestens 5 Effektstörungen und die Streuungsmasse vorlagen. Dies war nur für kognitiv behaviorale Therapie, Konfrontationen und die Warte Kontrollgruppen der Fall.	Aus der Meta-Analyse ist nicht ersichtlich, ob die angewandte Therapie mit der GT, wie sie in Deutschland angewandt wird, vergleichbar ist. Man muss auf die Originalarbeit, die die non-direktive Behandlung mit den anderen Verfahren vergleicht, zurückgreifen. Dies ist Craske, Maidenberg et al. 1995 Cognitive Behavioral vs. non directive therapy for panic disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology 95,26,113-120 (Ref ID 845) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

7.2 Fazit der Auswertung der Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen

Die meisten indikationsübergreifenden Arbeiten sind wegen erheblicher methodischer Mängel zu kritisieren. Die in den Arbeiten jeweils eingeschlossenen Studien decken eine zu große Bandbreite an methodischer Qualität, behandelten Störungsbildern und angewandten Therapien ab, als dass sich aus den Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen allein eine belastbare Aussage zur GT ableiten ließe. Wegen nicht hinreichender Homogenität der eingeschlossenen Studien war die Technik der Meta-Analyse nicht geeignet, eine über die Aussagekraft der Einzelstudien hinausgehende Aussage zu machen.

Zu Grawe, 2001: Die von den Autoren als Meta-Analyse bezeichnete Studie umfasst u.a. eine kritische Übersicht von Studien zur GT. Insbesondere aufgrund der erheblichen Heterogenität der eingeschlossenen Einzelstudien sowie der Art der vorgenommenen Quantifizierung der Ergebnisse ist eine Auswertung bezogen auf die Fragestellung der TG nicht möglich.

Auch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie basiert nicht auf einer systematischen Recherche und hat keine Bewertung der methodischen Qualität der dort berücksichtigten Einzelstudien vorgenommen.

Die Mitglieder der Themengruppe kamen deshalb überein, ausschließlich die Prüfung der Einzelstudien aus den Metaanalysen als zielführend zu erachten.

Aus diesem Grund wurden die in den Arbeiten genannten Primärstudien, soweit im Design auf einen Kontrollgruppenvergleich angelegt, extrahiert und ausgewertet. Der Abgleich der jeweiligen Literaturlisten ergab, dass der Großteil der in den Übersichtsarbeiten verwandten Studien durch systematische Recherche und Stellungnahmen bereits erfasst und für eine Einzelauswertung vorgesehen war.

Diese Einzelauswertungen sind in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt. Darunter befinden sich auch alle dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zugrunde liegenden Literaturstellen.

Die Indikationsspezifischen Meta-Analysen sind für dieses Fazit nicht relevant, da nicht ersichtlich war, ob die berichteten Therapien mit der Gesprächspsychotherapie, wie sie in Deutschland angewandt wird, vergleichbar sind. Auch hier wird auf Originalarbeiten verwiesen, die im Abschnitt 8.2.2 als Einzelauswertungen dargestellt sind.

8. Beratung der Einzelindikationen

Die Darstellung der Einzelindikationen orientiert sich am ICD-10 Kapitel V F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen.

Zu folgenden Indikationsbereichen wurden Studien identifiziert:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)
- Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F20-F29)

8.1 Affektive Störungen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.1.1 Leitlinien

Ausgangspunkt für die Suche nach Hinweisen zur Gesprächspsychotherapie in Leitlinien zur psychotherapeutischen Behandlung affektiver Störungen war der Leitlinien-Clearingbericht „Depression“ der ÄZQ (2003). In dem Bericht werden als Ergebnis einer systematischen Recherche 21 Leitlinien formal und inhaltlich einer umfassenden Bewertung nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin unterzogen.

Alle drei deutschen Leitlinien, die in diesem Bericht aufgeführt werden, wurden bestellt bzw. im Internet recherchiert:

# (ÄZQ LL)	Name	Quelle
1 (LL5)	Empfehlungen zur Therapie der Depression	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Depression. 1. Aufl.; 1997. http://www.akdae.de
2 (LL10)	Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen; 2000
3 (LL21)	Psychotherapie der Depression	http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/051-023.htm

Darüber hinaus wurde eine weitere, nach Erstellung des ÄZQ Leitlinien-Clearingberichts „Depression“ veröffentlichte, Leitlinie gefunden: Die im Rahmen des Subprojekts 3.1 „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung“ des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität entstandene Versorgungsleitlinie, welche die in dem Bericht der ÄZQ ausgesprochenen Empfehlungen bereits berücksichtigt.

#	Name	Quelle
4	Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis	Härter M., Bermejo I. et. al., ZaeFQ (2003) 97 Suppl. IV: 16 - 35

Alle vier Leitlinien wurden auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung der Depression durchsucht. Sämtliche Leitlinien gehen – neben Pharmakotherapie – auf die psychotherapeutische Behandlung der Depression ein. Zwei davon beinhalten Aussagen zur Gesprächspsychotherapie.

Die Themengruppe kommentiert methodische Qualität und Aussagen in den Leitlinien wie folgt:

#	Leitlinientext zu Psychotherapie	Kommentar der AG
1	S. 8 - 10	GT nicht erwähnt, keine Evidenzbasierung der Leitlinie
2	S. 44 - 60 (GT S. 48 f, S. 54)	GT erwähnt und empfohlen, keine Evidenzbasierung der Empfehlung
3	S. 8 - 14 (GT S. 12 f)	GT erwähnt und empfohlen, keine systematische Aufbereitung der Evidenz zur Empfehlung
4	S. 29 - 30	GT wird nicht erwähnt, systematische Aufbereitung der Evidenz

8.1.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 15 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39) behandelt wurden.

1	Ref ID: 3262 King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84. und Ref ID: 998 Ward E. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. BMJ 2000; 321 (7273): 1383-8.
2	Ref ID: 834 Friedli K. Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. Lancet 1997; 350 (9092): 1662-5.
3	Ref ID: 2350 Meyer AE. Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und durch Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. [Effectiveness of psychodynamic versus client-centered therapy in the treatment of affective disorders. Results of a comparative empirical study]. In: von Zerksen D, Möller HJ (Eds). Affektive Störungen. Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte. Berlin: Springer 1988, S. 243-58.
4	Ref ID: 3111 Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. J Consult Clin Psychol 2003; 71 (4): 773-81.
5	Ref ID: 200 Beutler LE. Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. Psychiatry 1981; 44 (4): 297-306.
6	Ref ID: 3259 Elliott R, Clark C, Kemeny V, Wexler MM, Mack C, Brinkerhoff J. The impact of experiential therapy on depression: Initial results. In: Lietaer G, Rombauts J, Van Balen R (Eds). Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press. 1990, p.549-77.

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

7	Ref ID: 840 Watson JC, Greenberg LS. Pathways to change in the psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome. <i>Psychotherapy</i> 1996; 33 (2): 262-74.
8	Ref ID: 1128 Greenberg LS, Watson JC. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. <i>Psychother Res</i> 1998; 8 (2): 210-24.
9	Ref ID: 3485 Pos AE, Greenberg LS, Goldman RN, Korman LM. Emotional processing during experiential treatment of depression. <i>J Consult Clin Psychol</i> 2003; 71 (6): 1007-16.
10	Ref ID: 3020 Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. <i>Br J Psychiatry</i> 2003; 182: 412-9.
11	Ref ID: 3355♣ Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 1992; 60 : 94-103.
12	Ref ID: 1322 Beutler LE. Differential patient treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. <i>J Psychother Integration</i> 1993; 3 (1): 15-31.
13	Ref ID: 136 McLean PD. Relative endurance of unipolar depression treatment effects: longitudinal follow-up. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1990; 58 (4): 482-8.
14	Ref ID: 117 McLean P. Severity of unipolar depression and choice of treatment. <i>Behav Res Ther</i> 1992; 30 (5): 443-51.
15	Ref ID: 3076 Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B. Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. <i>Psychother Res</i> 2003; 13 (3): 307-22.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht unterscheidet zunächst Studien, die im ambulanten oder im stationären Setting durchgeführt wurden, wobei 14 Publikationen zur ersten Kategorie und eine zur zweiten gehören. Die Studien im ambulanten Setting lassen sich darüber hinaus wie folgt aufschlüsseln: 3 Studien berichten die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) als psychotherapeutische Intervention, 6 Studien berichten experimentelle Psychotherapie („process experiential therapy“) als Therapieansatz und 5 weitere andere Therapie- bzw. Beratungsformen.

♣ Literatur aus Gutachten des WBP

8.1.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie „client centered therapy“

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenzkategorie	Therapieverfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
<p>Ref ID: 3262 King M, Sibbald B 2000</p> <p>und</p> <p>Ref ID: 998 Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farelli S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J 2000</p>	Ib Randomisierte klinische Studien	„non-directive counselling“ Behandlungsmanual basierend auf C. Rogers	<p>Verbesserungen in allen drei Gruppen nach der 1. Katamnese (4 Monate). Jedoch signifikante Verbesserung nach 4 Monaten in den beiden psychotherapeutisch behandelten Gruppen gegenüber der dritten, allgemein medizinisch versorgten Gruppe. Nach 12 Monaten ist kein Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar.</p> <p>Zufriedenheit: Nach vier Monaten waren die Patienten der Psychotherapie-Bedingungen zufriedener als die in general care. Nach 12 Monaten waren keine Unterschiede zw. den 3 Behandlungsarmen nachweisbar. Innerhalb der Gruppe der Patienten, die ihr Verfahren selbst ausgesucht hatten, waren diejenigen, zufriedener, die „non-directive counselling“ erhalten hatten.</p>	<p><u>Nachteile:</u> Eingeschränkte Aussagekraft der Studie zu Wirksamkeit der GT allein, da weitere Einflussfaktoren (Medikation etc.) auf die Veränderung der Störung nicht ausreichend kontrolliert wurden. Berichteter unterschiedlicher medikamentöser Beigebrauch ohne Angabe von Signifikanzen.</p> <p><u>Vorteile:</u> Naturalistisches Design erlaubt Übertragbarkeit auf Population in der Versorgung.</p>	<p>Die Wichtigkeit der Studie wird anerkannt, es ist aber zu berücksichtigen, dass die berichtete Behandlungsdauer nicht vergleichbar mit deutschen Versorgungskontingenten ist. (Medikation neben Psychotherapie bei Depression teilweise auch in Deutschland Praxis.)</p> <p>Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49 % der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützen die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.</p> <p>Die Studie belegt, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit moderaten affektiven Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten CBT unterscheiden.</p>
<p>Ref ID: 834 Friedli K, King MB, Lloyd M, Horder J 1997</p>	Ib Randomisierte klinische Studien	Non-directive Psychotherapy (NDP)	- NDP und GP gleich effektiv. Patienten bevorzugten Psychotherapie.	<p>Kritik: Berichtet werden sehr kurze Therapien (siehe Range der Sitzungen + Mittelwert), außerdem ist nicht klar, was in den GP-Kontakten genau vorstatten gegangen ist.</p>	<p>Keine spez. Wirksamkeit nachgewiesen Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				Bei Zustandsbildern mit Krankheitswert (def. nach Skalen der Autoren) keine signifikanten Ergebnisse zw. den Gruppen 10 Patienten mit NDP und 12 Patienten mit GP bekamen zusätzlich Antidepressiva verschrieben.	
Ref ID: 2350 Meyer AE, Wirth U 1981	Ib Randomisierte klinische Studien	klientenzentrierte Psychotherapie	Die 22 untersuchten PatientInnen („Hochscorer“), die anhand von Selbstbeurteilungsscores (FPI,SAL) über ein stärkeres Ausmaß von Depression und Angst klagten, zeigen einen geringeren Einfluß der analytischen Fokaltherapie, die in dieser kleinen Stichprobe jedoch keine statistische Signifikanz erreicht. Durch Berechnung der Veränderungsvarianz konnten die Autoren zeigen, dass die analytische Fokaltherapie gegenüber der CC signifikant stärkere Schwankungen in den drei Monaten nach Therapieende bedingt. Dies führen die Autoren darauf zurück, dass sich in diesem Zeitraum bei der Fokaltherapie einige deutliche Rückfälle finden. Allerdings wird auch diskutiert, dass bei der anal. Fokaltherapie häufiger Schwierigkeiten aufgrund der strengen zeitlichen Limitierung auftreten (Meyer u. Niemann 1984). Beide Therapien sind wirksamer als keine Therapie. Nach 12 Jahren (Vgl. mit Unbehandelten) ist dieser Vorteil allerdings nur minimal. Im direkten Vgl. der CC und der Anal. Fokaltherapie finden sich keine signifikanten Unterschiede.	Kein Unterschied zwischen der klientenzentrierten Therapie und der analytischen Fokaltherapie feststellbar. Zu geringe Fallzahl, keine eindeutigen Diagnosen, keine Signifikanz der Ergebnisse. Mangel am Design (untersch. Ausbildungsstand und Berufserfahrung der Therapeuten) relativiert die Aussagen zur vergl. Wirksamkeit	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Therapieverfahren: „(process) experiential therapy“

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3111 Watson JC, Gordon LB, Stermac L,	Ib Randomisierte klinische Studien	PET nach Greenberg	- In beiden Gruppen (CBT und PET): signifikante Verbesserungen in den Bereichen Depressivität und allgemeine Symptombelastung	Die Studie lässt eine leichte Überlegenheit der PET in Bezug auf die interpersonellen Probleme von depressiven Patienten mittlerer Ausprägung	Positive Effekte durch PET bei der Behandlung von Depression werden nachgewiesen. Die Studie beantwortet die Frage

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenzkategorie	Therapieverfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Kalogerakos F, Steckley P 2003			<ul style="list-style-type: none"> - Ebenfalls Verbesserungen in IIP und DAS - Hypothesenkonträr keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Veränderungen dysfunktionaler Einstellungen - Hypothesenkonform größere Verbesserungen im IIP in der PET-Gruppe 	<p>erkennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kritik: keine Katamnese 	<p>nach Stabilität der Effekte nicht.</p> <p>Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung. PET ist eine Kombination aus klient-zentrierter Psychotherapie und Gestalttherapie. Die Bestimmung der Wirksamkeitsanteile aus der GT ist nicht möglich.</p>
Ref ID: 200 Beutler LE, Mitchell R 1981	Ib Randomisierte klinische Studien	Experiential Therapy	Experiential therapy besser im Ergebnis als analytische Verfahren für beide Gruppen (externalisierend / internalisierend)	<p>Untersuchung zweier Haltungen und nicht zweier Verfahren</p> <p>Aufgrund der geringen Fallzahl, der Subsummierung von 5 psychotherapeutischen Prozeduren, inklusive der Gestalttherapie, der Unerfahrenheit der Therapeuten und der unzureichenden Kenntnis des Schweregrades der Erkrankungen ist diese Studie kein Beleg für einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie.</p> <p>Untersuchung von Copingverhalten der Pat. und Haltungen anstatt von Therapieverfahren</p>	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 3259 Elliott R, Clark C, Kemeny V, Wexler MM, Mack C, Brinkerhoff J 1990	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	Experientielle Therapie, zusammengesetzt aus Gestalttherapie und klientenzentrierter Therapie.	Absenkung der BDI Maße im 6 Monate Katamnesezeitraum unter den klinischen Cutoff Score. Das gleiche gilt für Hamilton, MCMI und SCL-90. 7 von 8 bleiben unter dem klinischen Niveau der Hamilton Skala. Änderungswerte über alle Maße 1,04, Standardabweichungseinheiten bei Behandlungsschluss 1,71 in der 6-Monate Katamnese.	Die Studie ist zu klein und hat keine Kontrollgruppen, sodass sie für die Fragestellung nicht verwendet werden kann.	Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen
Ref ID: 840 Watson JC, Greenberg LS 1996 siehe auch RefID: 1128	Ib Randomisierte klinische Studien	PE (process-experiential) nach Greenberg	Die PE – Gruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse bzgl. der inneren Erfahrungen (Experiencing Scale) , der vokalen Qualität des Klienten bzgl der momentanen Fähigkeit zum emotionalen etc. Äußerungsvermögen (Client Vocal Quality: CVQ), des Problemlösungsvermögens als die CC-Gruppe in 2 von drei untersuchten PE- Interventionen . Die Fähigkeit zur Problemlösung des Klienten (DRS) korrelierte signifikant mit dem Ausmaß des Erfahrens und erarbeitete Lösungen während der Therapie führten zu besseren Ergebnissen.	RCT zur Untersuchung spezifischer intratherapeutischer und therapiespezifischer Variablen anhand von PE und CC Keine Outcome Studie	Studie unterstreicht die Notwendigkeit zur Durchführung weiterer Studien zu spezifischen Interventionen. Keine Aussage zur Fragestellung der TG möglich

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			Je größer die Besserung der depressiven Symptomatik während und nach der Therapie umso besser das Abschneiden in spezifischen Parametern.		
Ref ID: 1128 Greenberg LS, Watson JC 1998	Ib Randomisierte klinische Studien	PE- Prozess und erlebnisorientierte Psychotherapie nach GREEBERG	Beide Behandlungsansätze unterscheiden sich nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptome sowohl am Ende der Therapie als auch nach 6 Monaten. Die erlebnisorientierte Psychotherapie zeigt aber deutliche positive Effekte in der Behandlungsmittel auf die Depression und auf die gesamte Symptomatik, das Selbstwertgefühl und die interpersonellen Probleme	Ursprungstudie: Watson RefID 840 Leichte Überlegenheit der process-experiential Therapie gegenüber CC (siehe oben) nach 6 Monaten	Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe GT möglich
Ref ID: 3485 Pos AE 2003	Ib Randomisierte klinische Studien	PE (process experimentelle Therapie nach Greenberg)	Die frühe und späte emotionale Verarbeitung sagte eine Reduktion in berichteten Symptomen und eine Stärkung des Selbstbewusstseins voraus. Die Fähigkeiten zur emotionalen Verarbeitung konnten während der Behandlung noch verbessert werden. Die späte emotionale Verarbeitung wurde vermittelt durch: a) die Beziehung zur frühen emotionalen Verarbeitungskapazität des Klienten b) das Ergebnis und war die alleinige Variable, die unabhängig die Verbesserung vorhersagte.	Ursprungsstudie Watson RefID 840 Reine Prozessstudie	Keine Aussage zur Fragestellung der Themengruppe GT

Therapieverfahren: andere

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3020 Cooper PJ, Murray L 2003	Ib Randomisierte klinische Studien	Nicht-direktive Beratung	EPDS-Werte für post-partale Depression waren nach 4,5 Monaten bei allen Behandlungsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe niedriger. Nach 9 und 18 Monaten nach der Geburt sowie nach 5 Jahren war dieser Effekt nicht mehr nachweisbar. Die SCID-Werte für Depression	Gute Studienqualität. Einschränkungen: ob es sich bei dem hier durchgeführten non-direktive counselling um GT, wie sie in Deutschland durchgeführt wird handelt, muss bezweifelt werden. Vergleichbarkeit mit Richtlinienverfahren VT und tiefenpsychologischen Verfahren muss in Frage gestellt werden. Weiterbildung der	Spezifisches Krankheitsbild, dessen Behandlung in der ambulanten Regelversorgung nach PT-RL eher selten vorkommen wird und vorzugsweise bereits stationär bzw. psychiatrisch medikamentös behandelt wird

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenzkategorie	Therapieverfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			unterschieden sich bei Frauen, die mit CBT behandelt wurden nicht von denjenigen, die mit nicht-direktiver Beratung behandelt wurden. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigte sich die Behandlung mit psychodynamischer Therapie effektiver in der Reduktion der Depressionswerte im SCID.	„Spezialisten“-Therapeuten sowie Rolle der „angelernten“ Therapeuten unklar. Nicht vergleichbares therapeutisches Setting: Hausbesuche	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref. ID: 3355 Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D 1992	Ib Randomisierte klinische Studien	Pastoral Counseling (PCT)	Die Ergebnisse wurden in den 4 Hauptmaßen dargestellt. Becks Depressionsinventar (BDI) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) Social Adjustment Scale (SAS) Patienten in der RCT-Gruppe und der PCT Gruppe profitierten – gemessen an den verschiedenen Depressionsscores und im Vergleich zur Wartegruppe - signifikant von der Behandlung. Bezüglich der klinischen Relevanz war nur die RCT-Gruppe signifikant besser als die WLC. Therapeuteneffekte: Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der „religiösen“, bzw. „nichtreligiösen“ kog. Verhaltenstherapie bei „religiösen“ Therapeuten. Generell waren die Therapeuteneffekte kein signifikanter Faktor in der Studie. Die besten Ergebnisse erzielte die RCT-Gruppe mit nicht „religiösen“ Therapeuten	Die methodisch relativ anspruchsvolle Untersuchung ist für die Fragestellung der Themengruppe nahezu bedeutungslos, da GT hier nicht Gegenstand der Untersuchung ist. Ob Elemente aus dem „Pastoral Counseling“ mit Methoden der GT gleichgestellt werden können, ist fraglich. Hinzu kommt, dass das konkrete Vorgehen in den Therapiegruppen – einschließlich der PCT-Gruppe – dazu nicht ausreichend konkret beschrieben wird.	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 1322 Beutler LE, Machado P, Engle D 1993	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	FEP (fokussierte expressive Therapie) als Form der experiential Gruppentherapie	Hinsichtlich des Outcomes ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zum Zeitpunkt des Behandlungsendes und zum Abschlusszeitpunkt der 12-monatigen follow-up-Beobachtung. Nur in einem diagnostischen Instrument war die Ausprägung der Klinischen Symptomatik zum Ende des Follow-ups geringer als zum Therapieende (keine Signifikanz).	Die spezifischen Unterschiede lassen – abgesehen von der eingeschränkten Auswertbarkeit – Unterschiede zwischen der Passung von Patientenvariablen vor allem im Bereich nondirektive vs. direktive Therapien zu. Eine signifikante Unterscheidung zwischen VT und FEP in Gruppenform bzw. ein zusätzlicher Nutzen lassen sich nicht ableiten.	Trotz der relativ geringen Fallzahlen und der geschilderten methodischen Probleme hat die Studie Bedeutung hinsichtlich der Notwendigkeit einer weiteren Forschung auf dem Gebiet der Passung zwischen Patientenvariablen und therapeutischem Vorgehen. Ein Nutzen für die ambulante Versorgung durch Einführung der Gesprächspsychotherapie ist nicht ableitbar

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenzkategorie	Therapieverfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
					Kein Vergleich mit Gesprächspsychotherapie. GT wurde als Therap. gar nicht angewandt.
Ref ID: 136 McLean PD 1990	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirective psychodynamic psychotherapy	Mehr noch als bei Therapieabschluß zeigt sich während des 27 Monate umfassenden Follow-ups eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Die VT-Gruppe zeigte die positivsten Veränderungen für 6 der 7 Zielkriterien. Für 3 Zielkriterien war diese Überlegenheit statistisch signifikant, nämlich für: - persönliche Aktivität - soziale Kompetenz - Stimmung Die Pharmakotherapie und die Nondirective psychodynamic psychotherapy wurden von den Autoren als eindeutig unterlegen dargestellt bei Einzeltherapie und gleicher Zeit Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben	Die Auswertung der Autoren wird vom Auswerter geteilt. Die Überlegenheit der cognitiv-behavioralen Therapie ist in dieser Studie eindeutig.	Die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext ist gegeben. Die Dosis-Wirkung (Anzahl der Therapiestunden) war mit n=10 jedoch vergleichsweise gering). Der Katamnesezeitraum von 27 Monaten und die Konsistenz der Ergebnisse sind aussagekräftig Diese Form der Nondirective psychodynamic psychotherapy entspricht nicht der in Deutschland angewandten Form der Gesprächspsychotherapie Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 117 McLean P 1992	III Retrospektive vergleichende Studien	Nondirective psychodynamic psychotherapy	Hinsichtlich der Primär- und Follow-up-Studie wird auf McLean, 1990 (Ref ID: 136) verwiesen. Hinsichtlich des Ziels der Autoren, mit der vorliegenden Sekundäranalyse die Ergebnisse von Elkins et al. (1989) zu reproduzieren, wird festgestellt, dass dies nicht erreicht werden konnte. Eine Überlegenheit der Pharmakotherapie findet sich nicht einmal bei den schwer depressiv Erkrankten. Bei Therapieende waren die PatientInnen der VT-Gruppe im BDI, Stimmung und sozialer Funktionsfähigkeit deutlich besser als Nondirective psychodynamic psychotherapy, Relaxation und Pharmakotherapie. Derselbe Trend bestätigte sich in den Follow-ups mit signifikanter Überlegenheit der VT in den Bereichen Stimmung und sozialem Funktionsniveau. Die Nondirective psychodynamic psychotherapy hatte die schlechtesten Ergebnisse sowohl während der Behandlung als auch während des	Die vorliegende Studie unterstreicht die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlung gegenüber NPP, Relaxation und Pharmakotherapie. Der Fokus dieser Sekundäranalyse lag jedoch in dem Versuch, die Ergebnisse von Elkin et al. zu reproduzieren.	Die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext ist gegeben. Die Anzahl der Therapiesitzungen war mit n=10 vergleichsweise gering. Insbesondere aufgrund des Gesamtzeitraumes von 29,5 Monaten und der umfangreichen Statistik erscheinen die Ergebnisse plausibel. Diese Form der Nondirective psychodynamic psychotherapy entspricht nicht der in Deutschland angewandten Form der Gesprächspsychotherapie Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

8. Beratung der Einzelindikationen
Affektive Störungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			Follow-up. Pharmakotherapie und Relaxation zeigten in keiner Messung signifikante Unterschiede. Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben		

Stationäres Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie „client centered therapy“

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3076 Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B 2003	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	CCT: - stationäre PT	- beide Vorgehensweisen verringerten Depression mit stabilen Ergebnissen - zu T3 und T4 sind die Ergebnisse für CCT besser, allerdings methodisch unklar - die schwerer depressiven Pat. verbesserten sich stärker - kein additiver Effekt von Medikamenten - in der Mitte der Behandlung geringere APES-Gesamtwerte in der CCT+MED-Gruppe, ebenso Unterschiede auf Subskalen	- Interessante Studie - Stationäres Setting: hier ist die Wirkung immer die eines ‚Gesamtpaketes‘ - Kritik: Der berichtete Effekt der Verzögerung bei der Bewältigung unangenehmer Erfahrungen in der CCT+MED-Gruppe muss wahrscheinlich auf andere, nicht erhobene Faktoren zurückgeführt werden, z.B. auf die höhere Anzahl der Persönlichkeitsstörungen in dieser Gruppe. - Insgesamt ist diese Studie eher als hypothesengenerierend anzusehen. - Prozessstudie Kritik am Design: Eine Bewertung der Wirksamkeit der GT im Vergleich zur EXP ist aufgrund des Studiendesigs (GT vs GT+EXP) nicht möglich.	Keine: Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.2.

8.1.4 Fazit zu affektiven Störungen

In der Gruppe Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) nur eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt:

Die Studie von Ward und King, Evidenzstufe 1, vergleicht GT, Verhaltenstherapie und die Therapie durch den Hausarzt bei Patienten mit mittelschwerer Depression. In einem mehrarmigen Design wird dabei sowohl die Forderung nach einer Randomisierung als auch die Patientenpräferenz berücksichtigt. So werden Patienten ohne Präferenz in alle drei Gruppen randomisiert, in zwei weiteren Armen werden die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für eine Psychotherapie randomisiert verglichen, zwei weitere Arme vergleichen die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren (siehe Abbildung auf Seite 276).

Sowohl in allen drei Designs als auch in der zusammenfassenden Bewertung zeigt sich, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit moderaten affektiven Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten kognitiven Verhaltenstherapie unterscheiden. Beide Interventionen sind nach 4 Monaten der Behandlung durch den Hausarzt überlegen, nach 12 Monaten gibt es keinen signifikanten Unterschied; die Effekte der Hausarztbehandlung haben sich an die der Psychotherapiegruppen angeglichen. Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49 % der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützen die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.

Aufgrund der viermonatigen Katamneseeffekte wird im Vergleich zu dem Standardbehandlungsverfahren „Hausarztbehandlung“ ein Nutzen der psychotherapeutischen Interventionen GT und VT als belegt angesehen.

Aus den übrigen Studien zur Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) sind keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie abzuleiten.

Für die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) konnten 3 Wirksamkeitsstudien identifiziert werden.

2 Studien sind wegen der geringen Fallzahl in ihren Aussagen wenig belastbar. Die Studie von Watson, Gordon et al. (2003) weist positive Effekte durch PET bei der Behandlung von Depression nach. Die Studie beantwortet die Frage nach Stabilität der Effekte nicht. Diese Studie ist der Evidenzstufe 2 zugeordnet.

Allerdings kommen die Mitglieder der TG nach ausführlicher Recherche zu dem Ergebnis, dass es sich bei der PET nicht um GT im Sinne der Antragsstellung handelt. Vielmehr handelt es sich bei dem Therapieansatz um eine Kombination aus klientenzentrierter Psychotherapie und anderen humanistischen Therapieansätzen, insbesondere der Gestalttherapie. Die Bestimmung der Wirksamkeitsanteile aus der GT ist nicht möglich (siehe Kapitel 6 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes).

Aus den übrigen Studien zur experienciellen Psychotherapie („process experiential therapy“) sind keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie abzuleiten, da sie als Prozessstudien konzipiert wurden.

Die übrigen 4 Studien berichten andere Therapie- bzw. Beratungsformen, die weder der Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) noch der experienciellen Psychotherapie („process experiential therapy“) zuzuordnen sind. Sie sind daher für das Fazit nicht relevant.

Die im stationären Bereich identifizierte Studie für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) ist vom Studiendesign her nicht geeignet gewesen, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Darüber hinaus ist die Studie methodisch zu kritisieren. Weiterhin ist die Gesprächspsychotherapie als Baustein im Rahmen einer stationären Komplexbehandlung angewandt worden, so dass zusätzlich das generelle Problem besteht, dass sich hieraus der isolierte Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie nicht führen lässt.

8.2 Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.2.1 Leitlinien

Anders als bei den Affektiven Störungen, gibt es keinen Leitlinien-Clearingbericht der ÄZQ zu Angststörungen. Die Suche über Internet und Datenbanken nach deutschen Leitlinien hierzu ergab eine einzige Fundstelle:

#	Name	Quelle
1	Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2, Steinkopff, Darmstadt, 2000

Auch diese Leitlinie wurde auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen durchsucht, speziell nach Aussagen zur Gesprächspsychotherapie.

Die Themengruppe kommentiert methodische Qualität und Aussagen in der Leitlinie wie folgt:

Abschnitt	Leitlinientext zu Psychotherapie	Kommentar der AG
1	Allgemeine Vorbemerkungen S. 17	Expertenkonsensus, keine systematische Aufbereitung der Evidenz
2	Spezifische Phobien S. 23 - 26	GT wird nicht erwähnt
3	Panikstörung S. 34	GT erwähnt, belegt mit 1 Studie (stationär, liegt vor: Ref ID: 841)
4	Soziale Phobie S. 53 - 56	Keine GT erwähnt
5	GAD S. 66	GT im Sinne des Antrags nicht erwähnt, nicht-direktive supportive Therapie erwähnt, als Studien werden angeführt: Stanley et al. 1996 (Ref ID: 844) und Borkovec et al. 1987, 1993 (Ref ID: 868; Ref ID: 852) – siehe Extraktionsbögen

8.2.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 20 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42) behandelt wurden.

1	Ref ID: 1902♣ Grawe K. Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. (1. Auflage). Bern: Huber. 1976
2	Ref ID: 2540♣ Moreno AF. Die Behandlung zwanghafter Störungen: Eine Ergebnisstudie. GwG-Info 1983; 51: 141-50.
3	Ref ID: 4058 Plog U, Grawe K. Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Bern:Huber.1976
4	Ref ID: 12 Shear, MK. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. AM J Psychiatry 2001, 158 (12), 1993-8.
5	Ref ID: 855 Beck AT , Sokol L , A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. Am J Psychiatry 1992; 149 (6):778-83.
6	Ref ID: 1471 Blowers C , Cobbs J , Matthews A. Generalised Anxiety: A controlled treatment study , Behav Res Ther 1987; 25 (6): 493-502.
7	Ref ID: 852 Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1993; 61 (4): 611-9.
8	Ref ID: 867♣ Borkovec TD, Mathews AM. Treatment of nonphobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. J Consult Clin Psychol 1988; 56 (6): 877-84.
9	Ref ID: 845 Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995; 26 (2): 113-20.
10	Ref ID: 51 Lader MH. Interaction of pharmacological and psychological treatments of anxiety. Br J Psychiatry Suppl 1998; (34): 42-8.
11	Ref ID: 3267 Shaffer CS, Shapiro J, Sank LI, Coghlan DJ. Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. Cogn Ther Res 1981; 5 (2): 149-57.
12	Ref ID: 106 Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1994; 51 (5): 395-401.
13	Ref ID: 844 Stanley MA, Beck JG, Glassco JD. Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. Behav Ther 1996; 27 (4): 565-81.
14	Ref ID: 52 Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy: a pilot process-outcome study. J Nerv Ment Dis 1998; 186 (11): 691-6.
15	Ref ID: 2667 Svartberg MS. Cognitive change before, during, and after short-term dynamic and nondirective psychotherapies: A preliminary growth modeling study. Psychother Res 2001; 11 (2): 201-19.
16	Ref ID: 130 Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. PPMp, 41, 68-76
17	Ref ID: 835♣ Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobic symptoms. Psychotherapy and Psychosomatics, 66, 293-301
18	Ref ID: 3263♣ Teusch L, Böhme H, Gastpar M. The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioral exposure. Psychother Psychosom 1997; 66 (6): 293-301.

19	Ref ID: 20 Teusch L, Böhme H, Finke J. Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. Nervenarzt 2001; 72 (1): 31-9.
20	Ref ID: 877 Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40 (2): 139-45.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht unterscheidet zunächst Studien, die im ambulanten oder im stationären Setting durchgeführt wurden, wobei 15 Publikationen zur ersten Kategorie und 5 zur zweiten gehören.

Die Studien im ambulanten Setting lassen sich wie folgt aufschlüsseln: 3 Studien berichten die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) als psychotherapeutische Intervention, eine Studie berichtet emotion focused psychotherapy als Therapieansatz und 11 Studien berichten andere Therapie- bzw. Beratungsformen, häufig im Sinne einer „nicht direktiven“ oder „supportiven“ Behandlungsbedingung, die aber nicht der Gesprächspsychotherapie zuzuordnen ist.

Die Studien im stationären Setting lassen sich wie folgt aufschlüsseln: 4 Studien berichten die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) als psychotherapeutische Intervention, eine Studie berichtet eine andere Therapieform, im Sinne einer „nicht direktiven“ oder „supportiven“ Behandlungsbedingung, die aber nicht der Gesprächspsychotherapie zuzuordnen ist.

8.2.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie „client centered therapy“

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 1902 Grawe K 1976	Ib Randomisierte klinische Studien	Gesprächspsychotherapie	<p>Veränderungen während der Therapie (Messung direkt nach Therapieende): Die phobischen Symptome der Patienten beider Therapiegruppen nahmen während der Therapie hochsignifikant ab, sowohl im Urteil der Patienten selbst als auch in der unabhängigen Einschätzung durch Psychiater und Angehörige. Das galt besonders für die individuellen Hauptphobien der Patienten.</p> <p>Die Erwartung, dass Verhaltenstherapie eine größere mittlere Symptomreduktion bewirkt, bestätigte sich nicht. Die Gesprächspsychotherapie-Patienten verändern sich über alle Maße für die phobische Symptomatik gesehen im Mittel ebenso stark wie die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten.</p> <p>Die Erwartung, dass Gesprächspsychotherapie mehr mittlere Veränderungen im Persönlichkeitsbereich bewirkt, bestätigte sich nicht. Es zeigte sich das Gegenteil. Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie führten beide zu einer signifikant größeren Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild.</p> <p>Im FPI traten signifikante mittlere Veränderungen nur bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten ein. Sie erschienen im Unterschied zu den Gesprächspsychotherapie-Patienten weniger nervös, weniger depressiv, emotional stabiler und gelassener. Die Abnahme in der Skala Neurotizismus war in der Verhaltenstherapie-Gruppe signifikant</p>	<p>Aussage, VT und GT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sei als wirksam erwiesen, ist vorsichtig zu interpretieren wegen deutlicher methodischer Schwächen:</p> <p>Randomisierung nicht adäquat; Sehr kleine Stichprobe; Diagnosestellung nicht operationalisiert; viele Veränderungsmesswerte (75 Variablen im 3fachen Vergleich getestet; bei 53 Patienten); Auswahl der Patienten/ Studienteilnehmer durch die beiden Untersucher nicht nach standardisierten Kriterien (betrifft aber alle Forschungsgruppen); keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Stichprobe; Supervision der Therapeuten durch den Untersucher. Behandlung durch Studenten.</p> <p>Hinweis auf differenzielle Indikation.</p> <p>Zielsetzung der Studie (differenzielle Psychotherapieeffekte) für die damalige Zeit innovativ, aber aufgrund der multiplen Testungen wären Bestätigungsstudien notwendig gewesen.</p>	<p>Aufgrund der methodischen Mängel ist keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit oder vergleichenden Wirksamkeit von GT oder VT möglich.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>gegenüber der Gesprächspsychotherapie-Gruppe.</p> <p>Im 16-PF traten bei beiden Therapiegruppen keine bedeutsamen mittleren Veränderungen ein.</p> <p>Die Eigenbefindlichkeit verbesserte sich bei den Patienten beider Therapiegruppen gegenüber denen der Kontrollgruppe hochsignifikant und im Ausmaß gleich stark.</p> <p>Der Medikamentenverbrauch nahm bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten signifikant und zwar auch gegenüber der Gesprächspsychotherapie-Gruppe ab.</p> <p>Das Freizeitverhalten verbesserte sich bei beiden Therapiegruppen gleichermaßen.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie bewirkte</u> bei phobischen Patienten im Durchschnitt eine deutliche Symptomreduktion und Verbesserung der Eigenbefindlichkeit sowie eine Zunahme der Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild.</p> <p><u>Verhaltenstherapie bewirkte</u> diese Veränderungen im gleichen Ausmaß und darüber hinaus positive Veränderungen in einer Reihe von Persönlichkeitsskalen und eine bedeutsame Abnahme des Medikamentenverbrauchs.</p> <p><u>Verhaltenstherapie schien im Mittel</u> und über alle erhobenen Maße gesehen der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung phobischer Patienten <u>leicht überlegen</u> zu sein.</p> <p>Verhaltenstherapie und</p>		

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Gesprächspsychotherapie erzeugten <u>sehr unterschiedliche Veränderungsmuster</u>.</p> <p>Bei der Verhaltenstherapie hingen die erzielten Veränderungen insgesamt sehr viel enger miteinander zusammen als bei der Gesprächspsychotherapie und der Kontrollgruppe.</p> <p>Die beiden Therapien bewirkten nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ unterschiedliche Effekte.</p> <p><u>Veränderungen nach der Therapie (follow-up):</u> Die während der Therapie erreichten positiven Veränderungen blieben in den Monaten nach der Therapie in beiden Therapiegruppen sehr weitgehend bestehen.</p> <p><u>Verhaltenstherapie-Patienten:</u> Vermeidungsverhalten stieg nach der Therapie signifikant wieder an, allerdings nicht bis auf dasselbe Niveau wie vor der Therapie. Geringfügige aber signifikante Zunahme von Erregbarkeit im FPI. Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie-Patienten:</u> Nach der Therapie im Mittel keine bedeutsamen Verschlechterungen sondern in einigen Bereichen noch signifikante positive Veränderungen. Geselligkeit, Extraversion, Offenheit und Maskulinität im FPI stiegen an. Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens. Mehr bedeutsame Veränderungen noch nach der Therapie als bei Verhaltenstherapie.</p>		

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Höhere Veränderungsvarianz in einer ganzen Reihe von Maßen für die Zeit nach der Therapie: Auch nach der Therapie veränderten sich einige Patienten noch weiter in positiver Richtung, während bei anderen Patienten wieder Verschlechterungen eintraten.</p> <p>Ergebnisse zur differenziellen Indikation: Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie haben bei phobischen Patienten jeweils eine spezifische Indikation.</p> <p><u>Verhaltenstherapie-Gruppe:</u> Die Patienten mit dem höchsten phobischen Leidensdruck erfuhren die größte Symptomreduktion und damit im Zusammenhang eine allgemeine Besserung.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie-Gruppe:</u> Kein Zusammenhang zwischen der Ausgangsstärke der phobischen Symptomatik und Symptomveränderungen und kein Zusammenhang mit Persönlichkeits- oder Befindlichkeitsveränderungen; allerdings Hinweise, dass Patienten mit hohem phobischen Leidensdruck bei Gesprächspsychotherapie noch abhängiger und hilfebedürftiger wurden und mit einer Verschlechterung ihrer Befindlichkeit reagierten.</p>		
<p>Ref ID: 2540 Moreno AF 1983</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>Klientenzentrierte nach Rogers (1951) und Truax & Carkuff (1967)</p>	<p>Signifikante Unterschiede in Rating Häufigkeit, aufgewendete Zeit , zwanghafte Angst für alle Therapieverfahren (Letzteres Mass auch in Placebogruppe)</p> <p>Signifikante Unterschiede zwischen GT und VT. Keine zwischen GT und Plazebo. GT leicht gebessert (globale Beurteilung) VT Heilungen 69% CEP (Neurotizismus) keine Verbesserungen.</p>	<p>Keine hinreichende Unterscheidung von Placebo und GT in der Definition der Therapiebedingungen. Die kleine Zahl der Patienten pro Gruppe macht eine Einschätzung nicht leicht. Die Varianzanalyse und der Sheffetest bei der Streuung ist problematisch. Das State Angst Rating bei zwanghafter Angst hat sich gebessert, aber nicht mehr als Placebo.</p>	<p>Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			Soziale Besserung in allen vier Gruppen einschliesslich Wartekontrollgruppe		
<p>Ref ID: 4058 Plog U, Grawe K 1976</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>Gesprächspsychotherapie nach TAUSCH</p>	<p>VT und GT bewirken bei Patienten mit schwerer phobischer Symptomatik beide im Mittel hochsignifikante positive Effekte im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Reduktion der phobischen Symptomatik und Veränderungen in anderen Bereichen)</p> <p>Jede Therapie für sich bewirkt spezifische Veränderungen bei jeweils bestimmten Patienten (im Mittel trotzdem gleiche Effekte in beiden Therapien)</p> <p>Die Therapieformen beeinflussen die Patienten in unterschiedlicher Weise, ihre Lebensbedingungen wahrzunehmen.</p> <p>Beide Therapieverfahren wirken unterschiedlich auf die Ökosysteme von Individuen.</p> <p>VT arbeitet mit dem Anspruch, umweltzentriert zu sein. Sie lehrt den Patienten, seine Veränderungen an Veränderungen des Symptoms zu kontrollieren. Veränderungen während der Therapie geschehen, damit die Angst weniger wird.</p> <p>GT lehrt ihre Individuen, ihre Abhängigkeit von beeinträchtigenden Lebensbedingungen zu explorieren. Der Einfluss auf das Ökosystem besteht in einer Verknüpfung von Selbstexploration und Exploration der Lebensbedingungen.</p> <p>Verhaltenstherapie Ein mit VT erfolgreich behandelter Patient gleicht nicht einem mit GT erfolgreich behandelten Patienten.</p>	<p>Aussage, VT und GT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe, sei als wirksam erwiesen, ist vorsichtig zu interpretieren wegen deutlicher methodischer Schwächen:</p> <p>Randomisierung nicht adäquat; Sehr kleine Stichprobe; Diagnosestellung nicht operationalisiert; viele Veränderungsmesswerte (zusätzlich zu Grawe (RefID 1902) viele Korrelationsberechnungen; bei 53 Patienten); Auswahl der Patienten/ Studienteilnehmer durch die beiden Untersucher nicht nach standardisierten Kriterien (betrifft aber alle Forschungsgruppen); keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Stichprobe;</p> <p>Keine klinische Relevanz des in dieser Publikation untersuchten Zusammenhangs zwischen Erkrankung, Behandlung und Lebensbedingungen.</p>	<p>Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe GT möglich.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Ein mit VT behandelter Patient erlebt seinen Erfolg als abhängig von einer Reduktion der phobischen Symptomatik. Es besteht ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Ausgangsmaß der Phobie und Therapieveränderungsdaten. Patienten, die am Anfang starke Ängste hatten, profitierten mehr von der Therapie. Unspezifische Therapieeffekte sind z.B. Zunahme der Übereinstimmung Selbst- und Idealbild. VT behandelte Patienten sehen kaum Zusammenhänge zwischen ihren Beeinträchtigungen und der Unzufriedenheit mit ihren Lebensumständen.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie</u></p> <p>GT behandelte Patienten sehen viele Zusammenhänge zwischen Ausgangsunzufriedenheit und ihren Beeinträchtigungen GT fördert höheres Maß an Selbstkongruenz.</p> <p>Veränderungen in der phobischen Symptomatik treten als unspezifische Therapieeffekte auf; d.h. es besteht kein systematischer Zusammenhang zwischen dem Ausgangsniveau der phobischen Symptomatik und dem Maß der Veränderung.</p> <p>Spezifische Veränderungen für GT Patienten beschrieben – wenn Patienten lernen, ihre Beeinträchtigung mit ihrer Unzufriedenheit über Lebensbedingungen zu verknüpfen und diese Abhängigkeit zu explorieren, werden sie sich in spezifischen Bereichen psychisch verbessern und von der Therapie profitieren unabhängig davon, wie stark das Symptom sie beeinträchtigt. (keine weiteren konkreten Angaben über die Spezifität)</p>		

Ambulantes Setting

Therapieverfahren: Emotion focused psychotherapy

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 12 Shear, MK 2001	Ib Randomisierte klinische Studien	Emotion focused psychotherapy nach dem Manual von Shear	Die Emotion focused psychotherapy unterscheidet sich nicht von den Placebobehandlungen, wohl aber negativ von der Medikation mit Imipramin als auch den kognitiven Verhaltenstherapien. Dies gilt auch für die volle Messung über 6 Monate.	Sehr sorgfältige Studie, die die wesentlichen methodischen Probleme gelöst hat. Kritik: Keine Power Kalkulation	Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung. Emotion focused psychotherapy ist bei der Behandlung von Panikstörungen kaum wirksam bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen.

Ambulantes Setting

Therapieverfahren: andere

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 855 Beck AT , Sokol L 1992	Ib Randomisierte klinische Studien	Supportive Therapie, die auf Rogers GT basierte	Nach 8 Wochen signifikante Verbesserung in der VT-Gruppe gegenüber GT-Gruppe bzgl. Angst und Panik Nach 12 Wochen, die Patienten der VT-Gruppe zeigten eine deutliche Verringerung der Anzahl der Panikattacken, in der Selbstauskunft zeigte sich eine signifikante Reduktion der Depressivität, der Angst und des Vermeidungsverhaltens. 15 der 16 Patienten, die von GT zu VT wechselten, zeigten ebenfalls signifikante Symptomreduktionen in diesen Bereichen Von den 14 cross-over-PatientInnen, von denen nach 12 Monaten Daten verfügbar waren, zeigte sich in 79% Panikfreiheit ,	VT ist in der Behandlung von Panikstörungen besonders wirksam Kritik: Ungleiche Vergleichsbedingungen: unklar, ob nach 8 Wochen die Dosis von ND und VT vergleichbar ist ND-Gruppe konnte nach 8 Wochen in die VT-Gruppe wechseln Keine Aussage zu Qualifikation der Therapeuten Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird. „Manual Adherence“ immer negativ definiert,	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			dieser Effekt trat noch deutlicher bei den primär der VT-Gruppe zugeordneten PatientInnen auf. Der Anteil der Pat., die wegen der Panikstörung Benzodiazepine bekamen, sank auf 25%. Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben	d.h. keine kohärente Manualisierung der ND Bedingung	
Ref ID: 1471 Blowers C, Cobbs J, Matthews A 1987	Ib Randomisierte klinische Studien	NDC von Krankenschwester/ Pflegern mit Zusatzqualifikation in VT (nicht näher spezifiziert) durchgeführt	Überlegenheit der AMT-Gruppe gegenüber der Warteliste insgesamt etwas größer als die Überlegenheit der NDC-Gruppe gegenüber der Wartegruppe. Diese Überlegenheit zeigt sich jedoch nur im Fremdrating bei Therapieende mit Signifikanz. Bei Patientenselbstauskunft keine signifikanten Unterschiede zwischen NDC und AMT. Bei 6-Monats-follow-up ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen AMT und NDC .	„Therapie“ wurde durch Personal durchgeführt (Pflegepersonal), das keine Qualifikationsmerkmale, wie in der BRD gemäß PT-Richtlinien erforderlich, gehabt hat. Bei einer Stichprobe von n=20 gelang es einem unabhängigen Rater anhand von Tonbandprotokollen in 10% der AMT und in 40 % der NDC nicht, das jeweilige Verfahren richtig zuzuordnen. Es besteht zusätzlich die Frage, ob die geringen Unterschiede zwischen beiden Therapiegruppen nicht durch die VT-Lastigkeit der durchführenden TherapeutInnen erklärt werden kann Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
Ref ID: 852 Borkovec T D , Costello E (1993)	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirective Therapy (ND)	AR und CBT waren etwa gleich wirksam und wirksamer als NDT. NDT bewirkte die größten emotionalen messbaren Änderungen. Nach dem 12-Monats-Follow-up nahmen die erreichten Veränderungen für die ND-Gruppe am stärksten ab. Die erreichten Veränderungen blieben bei AR und CBT stabil, mit größten Effektstärken für die CBT. Die Autoren schlussfolgern weiter, dass sich die Behandlung der generalisierten Angsstörung noch verbessern ließe durch	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

8. Beratung der Einzelindikationen
Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			stärkere Einbeziehung von Imaginationstechniken. Pat. mit relaxationsinduzierter Angst hatten auch in der Endpunktmessung die höchsten scores für anxiety		
Ref ID: 867 Borkovec TD, Mathews AM 1988	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirective therapy:	Keine Unterschiede weder in der allgemeinen, noch in der differenziellen Wirksamkeit zwischen den Behandlungsgruppen. Jede Behandlungsbedingung brachte signifikante Verbesserungen in einer Vielzahl der angewendeten Veränderungsmaße. Die Verbesserungen bestanden auch noch nach 12 Monaten	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
Ref ID: 845 Craske, MG, Maidenberg E, Bystritsky (1995)	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirective supportive therapy (NST): (nach der nonprescriptive therapy von Shear gestaltet)	Vier wöchentliche Sitzungen CBT waren effektiver als vier wöchentliche Sitzungen NST in Bezug auf Paniksymptome, Befürchtungen bezügl. der Panik und phobischen Ängsten. Keine Überlegenheit der CBT bei distress. Vierwöchentliche CBT ist wirksam, die Effekte sind aber geringer als diejenigen, die von 12 bis 16 wöchentlicher CBT erreicht werden.	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen
Ref ID: 51 Lader MH 1998	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirektive Therapie	In allen 4 Feldern nach 4 Wochen Verbesserung mit Fortsetzung bis 8 Wochen unterhalb des Schwerekriteriums für die Anxiolytica Gruppe. Keine signifikanten Unterschiede der vier Gruppen.	Auch bei schweren Angsterkrankungen ist Placebo mit nondirektiven Vorgehen den anderen Verfahren gleich. Fallzahl für die Statistiken zu klein. Katamnese fehlt. Streuung der Skalenwerte fehlt. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
Ref ID: 3267 Shaffer CS, Shapiro J 1981	Ib Randomisierte klinische Studien	Interpersonelle Gruppentherapie	Alle Behandlungen führen zu einer signifikanten Reduktion der Depressionswerte des Zustands und der Eigenschaft und einem signifikanten Anstieg des Selbstwelterlebens, bzw. Verhaltens am Ende der Behandlung. Kein Haupteffekt für Behandlungsgruppen und keine Interaktionen zwischen Messzeitpunkt und	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

8. Beratung der Einzelindikationen
Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			Behandlungsverfahren. Ko - Varianzanalyse ist auch nicht signifikant. Bei externen Ratings ebenfalls signifikante Reduktion in Depression für alle Behandlungsformen. In Bezug auf die State Anxiety / Trait Anxiety gab es keine signifikanten weiteren Abnahmen der Symptomatik in der Follow-up-periode wohl aber für Depressionen.		
Ref ID: 106 Shear K, Pilkonis PA 1994	Ib Randomisierte klinische Studien	nonprescriptive treatment	Entgegen der Hypothese hat die NPT Gruppe die gleichen Erfolgsergebnisse auch in die 6 Monate Katamnese hinein. Beide Gruppen sind sehr erfolgreich. 66% respektive 78% in der NPT Gruppe ohne Panikattacken für 2 Wochen nach Ende der Behandlung. Nach 6 Monaten 74 %in der CBT Gruppe und 78% in der NPT. Signifikante Unterschiede zwischen Vorbehandlungsbeginn und der Katamnese in allen Maßen. Zwei Versuchspersonen haben beim Urintest Benzodiazepine und trizyklische Antidepressiva aufgewiesen	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
Ref ID: 844 Stanley AM, Beck JG, Glassco JD 1996	Ib Randomisierte klinische Studien	Nicht direkte Gruppendiskussion	Signifikante Effekte im Schwereindex in Bezug auf die beiden Behandlungsgruppen von Anfang zu Therapieende ohne weitere Änderungen. Keine signifikante Gruppen x Zeit Interaktion. Bei Angst gleiches Ergebnis, keine Gruppen x Zeit Interaktion. Änderungen mit Gewinn in der Follow-up Phase, keine Gruppen x Zeit Interaktionen. Das gleiche gilt für die damit verbundenen Ängste, die sich allerdings nicht signifikant verändert hatten. In Bezug auf die vorhandenen Sekundär Diagnosen, die auch auf der Achse I vorhanden waren, aber nicht als schwerwiegend betrachtet wurden, hatten 48% zu Beginn eine solche, nach Beendigung der Therapie hatten nur noch 17 bei CBT bzw. 8 % eine zweite erkennbare Diagnose. Interessant ist, dass in der SP Bedingung zu Beginn sehr viel mehr Personen 62% versus 39 % eine zusätzliche	Sehr sorgfältige Studie in Bezug auf die Methodik und Erfassung der beiden Behandlungsarten; nicht direkte Gruppentherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie zumindest gleichwertig. Geringe Stichprobengröße in Bezug zu Studiendesign. Es gibt Tendenzen, die allerdings nicht die Signifikanz erreichen, dass in Bezug auf die mitbehandelten Achse I Diagnosen die SP überlegen ist. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

8. Beratung der Einzelindikationen
Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			Diagnose aufzuweisen hatten. In der Katamnese hatten keine Patienten eine Zusatzdiagnose mehr. Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsgruppen. 28 respektive 54 wurden in der SP Bedingung als Treatment Responder kategorisiert. Im Follow - up 50 versus 77. Es gab keine weiteren Behandlungen in der Katamnese		
Ref ID: 52 Svartberg M, Seltzer MH 1998	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirektive Psychotherapie speziell für diese Studie entwickelt	Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Schnelligkeit der Besserung während der Behandlung und nach der Behandlung in Bezug auf die beiden Behandlungstypen, die durchschnittlichen Veränderungsdaten sind für die beiden Behandlungsformen identisch. Die therapeutische Allianz ist als Prädiktor für den Erfolg sehr gut geeignet, schließt man sie ein steigt die Prädiktionsrate um das 6-fache. Es gibt keine Interaktion zwischen Behandlungsart und therapeutischer Allianz.	Die ND hat die gleiche Erfolgsrate wie die STAPP (Short Term Anxiety Provoking Therapy). Die Patientenauslese war in Bezug auf die Symptomatik unterschiedlich. Für ND unausgelesen, für STAPP Vorauslese in Bezug auf Eignung für die Behandlung dieses Störungsbildes. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
Ref ID: 2667 Svartberg M, Seltzer MH, Choi K, Stiles TC 2001	Ib Randomisierte klinische Studien	NPT spezifisch für diese Studie entwickelt	Beide Gruppen verbessern sich gleich gut. - Es gibt Unterschiede in Bezug auf den Zeitpunkt der Veränderung, für STAPP scheint dieser eher später stattzufinden, für NDP eher früher. - Das Level der automatischen Gedanken blieb auch katamnestic konstant (hoch). - Patienten verändern sich bereits vor der Therapie, insbesondere Angstpatienten. - Depressive Patienten zeigten kaum Veränderung vor der Therapie, dafür eher in der zweiten Hälfte der Therapie. In beiden Therapieverfahren ergeben sich bedeutsame Änderungen in der zweiten Therapiehälfte. Die 2.Hypothese wurde ebenfalls bestätigt, die dritte nicht.	Keine Veränderungen gegenüber der Studie Nr.16 (Ref ID 52) Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Stationäres Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie „client centered therapy“

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
<p>Ref ID: 130 Teusch L, Böhme H 1991</p>	<p>IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien</p>	<p>Gesprächs-psychotherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AKF Angstsymptome -> 3 Gruppen: - Für Panikanfälle: 17,2% keine wesentliche Änderung, erheblich gebessert 24,1%, keine oder nur noch geringfügige Beschwerden (Symptomfreiheit) 58,6% - Für agoraphobe Symptome: 24,1% keine wesentliche Änderung, erheblich gebessert 24,1%, keine oder nur noch geringfügige Beschwerden (Symptomfreiheit) 51,7% - Weitere Ergebnisse werden dargestellt, auf die hier der Kürze halber verzichtet wird (S. 71-72) - GCI: ca. 2/3 verbessern sich stark/sehr stark, 1/3 wenig oder gar nicht - FPI: Verbesserung in vielen Skalen - FSS: Verbesserungen - 2/3 der Patienten haben eine ambulante Behandlung aufgenommen - Reduktion in der Benutzung von Suchtmitteln <p>Krankheits- bzw. Behandlungstheorie hat viel von Expositionsmodellen (S. 75)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kritik: multiple t-Tests ohne Kontrolle der Fehlerkumulation - Keine Angabe von Effektgrößen - Problem der stationären Behandlung: hier wirkt immer ein ‚Gesamtpaket‘ - Erfassung der Veränderung mit einem bis dahin nicht weiter publizierten bzw. erprobten Inventar 	<p>Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung</p> <p>Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 835 Teusch L, Böhme H, Gastpar M 1997	Ib Randomisierte klinische Studien	CCT nach Manual von Teusch & Finke (1995/96)	<ul style="list-style-type: none"> - Beide Gruppen verbessern sich, beide sind bei T5 gleich erfolgreich. - Beide Behandlungen erzielen große bis sehr große Effekte. - CCT+EXP wirkt in speziellen Bereichen schneller als nur CCT (T2, T3). <p>Ergebnisse teilweise tabellarisch, teilweise graphisch, teilweise im Text berichtet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gute Studie, bis auf: <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Angabe zu den stationären Rahmenbedingungen (unkontrollierbare Wirkvariablen) - fehlende systematische Erfassung und Berücksichtigung weiterführender Therapien nach Ende der stationären Behandlung - Mit der Kombinationsbehandlung scheinen sich bestimmte Zielsymptome schneller zu bessern als bei alleiniger CCT-Behandlung (siehe auch Ref ID3263). Allerdings muss auch hier des stationären Settings wegen die Generalisierbarkeit dieser Aussage in Frage gestellt werden. <p>Für eine valide vergleichende Wirksamkeitsüberprüfung von CCT wäre auch die Überprüfung von EXP allein im stationären Setting vonnöten.</p>	<p>Studie lässt keine Aussage über Wirksamkeit der GT zu.</p> <p>Wenn überhaupt, wird eine Überlegenheit (schnellerer Wirkungseintritt) der Exposition erkennbar.</p>
Ref ID: 3263 Teusch L, Böhme, H 1999	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	CCT nach Manual von Teusch & Finke (1995/96)	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung der Verbesserung über die Zeit in den Gruppen durch univariate Varianzanalysen. - Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den einzelnen Zeitpunkten durch t-Tests. - Von den Autoren berichtete Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> - Beide Skalen verbessern sich für alle Bedingungen von T1 zu T2 - Aber: bei T2 war Behav. Resist. Scale besser für EXP+CCT und EXP als für CCT, dies gilt nicht für Interference Scale - Ebenso bei T3 für die Behav. Resist. Scale: EXP+CCT/EXP > CCT 	<ul style="list-style-type: none"> - multiple t-Tests und ANOVAs ohne Testplanung und Alpha-Adjustierung ist als Methode der Wahl stark anzuzweifeln. - Für die verwendeten Verfahren sind die Gruppen CCT und EXP+CCT sehr klein, dafür ist die EXP-Gruppe fast doppelt so groß wie die beiden anderen zusammen. - Die klinische Relevanz ist aufgrund der beschriebenen Mängel, die gerade in der Nicht-Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen liegen (siehe 19), anzuzweifeln. - Wegen der fehlenden stationären Gruppe mit EXP ist eine Aussage zum Vergleich von EXP und CCT nicht möglich. <p>EXP + GT war schneller wirksam als GT alleine.</p>	<p>Studie lässt keine Aussage über Wirksamkeit der GT zu.</p> <p>Wenn überhaupt, wird eine Überlegenheit (schnellerer Wirkungseintritt) der Exposition erkennbar.</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<ul style="list-style-type: none"> - Bei T4 alle Verfahren gleich für Behav. Resist. Scale - Für die Interference Scale bei T2 keine Gruppenunterschiede - Nur in der CCT-Gruppe gibt es nach T2 noch Verbesserungen in der Interference Scale, wobei sich bei T4 die Gruppen nicht unterscheiden 		
Ref ID: 20 Teusch L, Böhme H, Finke J 2001	Ib Randomisierte klinische Studien	GT: manualisiert (Teusch & Finke 1995)	<ul style="list-style-type: none"> - in beiden Gruppen ist eine deutliche Besserung der Symptomatik festzustellen - unterschiedlicher Verlauf einzelner Parameter: <ul style="list-style-type: none"> - GT: soz. Orientierung (Abhängigk.-Anklammerung) sinkt kontinuierlich, bei GT+EXP steigt sie zum Ende hin wieder - Beanspruchung sinkt bei GT kontinuierlich, bei GT+EXP zuerst Anstieg, auch Körperbeschwerden nehmen dort langsamer ab <p>GT+EXP: Gefühl, Akzeptiert zu werden, steigt früher als bei GT</p>	Stationäres Setting: hier ist die Wirkung immer die eines „Gesamtpaketes“ Kritik am Design: Wegen der fehlenden stationären Gruppe mit EXP ist eine Aussage zum Vergleich von EXP und CCT nicht möglich.	Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.

Stationäres Setting

Therapieverfahren: andere

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 877 Klein DF, Zitrin	Ib Randomisierte klinische Studien	Nondirective supportive	Es konnten keine bedeutsamen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen BT	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um	Behandlung erfolgte an einer auf Angststörungen spezialisierten

8. Beratung der Einzelindikationen
Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen

CM, Woerner MG, Ross DC 1983		psychotherapy (ST) und imipramin	und ST nachgewiesen werden. Beide Behandlungssettings waren mit einem hohen Grad an Verbesserungen verbunden.	GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird	Klinik und unter hoher Imipramin- Gabe. Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
------------------------------------	--	-------------------------------------	---	--	--

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.3.

8.2.4 Fazit zu phobischen Störungen, anderen Angststörungen, Zwangsstörungen

In der Gruppe Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine zum Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen dieses Therapieansatzes methodisch geeignete Studie identifiziert werden.

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert. Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy bei der Behandlung von Panikstörungen kaum wirksam bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen ist.

Weitere Studien aus dem ambulanten Bereich berichten Therapieformen, die nicht zur Gesprächspsychotherapie zählen. Sie sind daher für das Fazit nicht relevant.

Die im stationären Bereich identifizierten Studien für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) sind vom Studiendesign nicht geeignet gewesen, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Da sich alle Studien dieser Gruppe dadurch auszeichnen, dass die Gesprächspsychotherapie als Baustein im Rahmen einer stationären Komplexbehandlung angewandt wurde, besteht zusätzlich das generelle Problem, dass sich hieraus der isolierte Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie nicht führen lässt.

Eine weitere Studie aus dem stationären Bereich berichtet eine Therapieform, die nicht zur Gesprächspsychotherapie zählt. Sie ist daher für das Fazit nicht relevant.

8.3 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.3.1 Leitlinien

Die Suche über Internet und Datenbanken nach deutschen Leitlinien zu Belastungsstörungen ergab eine Fundstelle zu Posttraumatischen Belastungsstörungen.

#	Name	Quelle
1	Posttraumatische Belastungsstörung	Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER: Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2004

Die Leitlinie wurde auf Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Belastungsstörungen durchsucht, speziell nach Aussagen zur Gesprächspsychotherapie.

Die TG kommentiert methodische Qualität und Aussagen in der Leitlinie wie folgt:

#	Kapitel zur Psychotherapie	Kommentar der TG
1	S. 6 - 9	GT nicht erwähnt; evidenzbasiert; gestufte Evidenzniveaus
2	S. 103 - 111	Übersicht: GT nicht erwähnt
3	S. 121 - 126	Empfehlungen: GT nicht erwähnt, evidenzbasiert; gestufte Evidenzniveaus

Deutsche Leitlinien zu Anpassungsstörungen existieren lediglich für den Bereich psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und sind somit für diesen Bericht nicht relevant (Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag).

8.3.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 5 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43) behandelt wurden.

1	Ref ID: 4060 Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.
2	Ref ID: 1826♣ Dircks P, Grimm F, Tausch AM, Wittern JO. Foerderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespraechе. Z Klin Psychol 1982; 11 (4): 241-52.
3	Ref ID: 959♣ Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. J Trauma Stress 2001; 14 (1): 115-33.
4	Ref ID: 3596 Paivio SC, Holowaty KAM, Hall IE. The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. Psychotherapy 2004 ; 41 (N1) : 56-68.
5	Ref ID: 1049 Hickling EJ. The psychological treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: Conceptualization and two pilot studies. In: Hickling EJ, Blanchard EB (Eds). The international handbook of road traffic accidents & psychological trauma: Current understanding, treatment and law. New York, NY: Elsevier Science. 1999, S. 321-39. und Ref ID: 3138 Blanchard EB, Hickling EJ, Devineni T, Veazey CH, Galovski TE, Mundy E, Malta LS, Buckley TC. A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. Behav Res Ther 2003; 41 (1): 79-96.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Alle Studien wurden im ambulanten Setting durchgeführt. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht stellt 2 Studien dar, die die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) als psychotherapeutische Intervention berichten, 2 Studien, die emotion focused therapy als Therapieverfahren berichten und eine Studie berichtet eine andere Therapieform, im Sinne einer „nicht direktiven“ oder „supportiven“ Behandlungsbedingung, die aber nicht der Gesprächspsychotherapie zuzuordnen ist.

Die zwei Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“)-Studien sind in der Gruppe Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43) den Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) zuzuordnen, die zwei emotion-focused-therapy-Studien und die Studie mit supportiver Behandlungsbedingung den Posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10 F 43.1).

♣ Literatur aus dem Gutachten des WBP

8.3.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2)

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
<p>Ref ID: 4060 Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J 2006</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Gesprächs-psychotherapie nach dem 'klientenzentrierten Konzept' mit spezifischem Manual zur Behandlung von Anpassungsstörungen</p>	<p>In allen angewandten Fragebögen kommt es zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe. Ebenso zeigt sich ein signifikanter Trend bei den Erhebungen zur 3-Monats-Katamnese.</p>	<p><u>Nachteile:</u> Bis 48,4 % der untersuchten Patienten erhielten begleitend eine „Medikation“, ohne diese zu spezifizieren. Vermutlich handelt es sich um Psychopharmaka. Es wird nicht berichtet, welche Substanzen oder Substanzgruppen in welcher Dosierung zum Einsatz kamen und ob sich die Substanzgruppen auf beide Gruppen gleich verteilen.</p> <p>Werte der Behandlungsgruppe liegen im HADS und ADS knapp über dem Schwellenwert für den auffälligen Bereich. Der Schweregrad der Symptomatik der Untersuchungsgruppen – gemessen mit den drei Hauptskalen - bewegt sich im mittleren Bereich, um im Verlauf der Therapie deutlich abzufallen.</p> <p>Widersprüchliche Angaben in Text und Tabelle bezogen auf Ausgangswerte der ADS und HADS-Mittelwerte in den beiden Gruppen (siehe S. 6, 3. Absatz)</p> <p>Die von den Autoren festgestellte Homogenität der Gruppen (mit Ausnahme der Variablen Behandlungsvorerfahrung und Wohnort) ist nicht nachvollziehbar. So sind u.a. augenscheinliche Unterschiede zwischen einzelnen Katagorien der Variablen Schulbildung und Familienstand erkennbar. Zum Beispiel war ein Patient in der Wartegruppe (5,3%) und 7 in der Behandlungsgruppe verheiratet (22,6%) . Es bleibt allerdings fraglich, inwieweit derartige</p>	<p>Die Studie untersucht eine wichtige Fragestellung in einem naturalistischen Design.</p> <p>Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der GT allein, insbesondere da der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung nicht kontrolliert wurde.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				<p>Unterschiede relevant sind für das Zustandekommen der Studienergebnisse.</p> <p>Vergleich gegen unbehandelte Wartegruppe.</p> <p><u>Vorteile:</u> Naturalistisches Design erlaubt Übertragbarkeit auf Population in der Versorgung.</p> <p>Hinsichtlich der gewählten Methodik ist anzumerken, dass die Diagnose mit einem strukturierten und standardisierten klinischen Interview vorgenommen wurde. Wichtig ist die Erwähnung, dass Therapeuten eingesetzt wurden, die über eine im Durchschnitt sehr lange Berufserfahrung verfügten.</p> <p>Positiv ist auch, dass die methodischen Probleme beim Einschluss der Patienten in die Studie und Zuweisung zur Therapie- oder Wartegruppe offen diskutiert wurden. Die Beurteilung der Therapieeffekte erfolgte mit einem umfangreichen Instrumentarium standardisierter Testverfahren bzw. Skalen. Zur Erfassung der Kernsymptomatik des ängstlichen und/oder depressiven Syndroms kamen standardisierte Skalen zum Einsatz, die überwiegend im psychologischen Forschungskontext zum Einsatz kommen, so die HADS-D, der STAI sowie die ADS.</p>	
<p>Ref ID: 1826 Dirks P, Grimm F, Tausch AM, Wittern JO 1982</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Personenzentrierte Gesprächsgruppen</p>	<p>Unmittelbar nach Beendigung der Gesprächsgruppe: Gesprächsgruppen-Patienten zeigen ein höheres Ausmaß an Selbstzufriedenheit; Zunahme der Extraversion (FPI); Gefühl der Entlastung von Problemen der Medizinischen Versorgung, von körperlichen Folgebeschwerden und von den Beeinträchtigungen durch reduzierte körperlich-seelische Leistungsfähigkeit</p> <p>Unmittelbar und 3 Monate später:</p>	<p>Unklar, ob und welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden eher Maßnahmen zur Förderung von seelischer Gesundheit und Lebensqualität bei Krebspatienten. Für die Fragestellung nicht relevant, da keine Behandlung von psychischen Störungen, sondern psychosoziale Unterstützung bei somatischem Krankheitsbild. Methodische Kritik: Statistische Auswertung z.T. nicht nachvollziehbar, zahlreiche Mängel in der statistischen Auswertung</p>	<p>Studie ist nicht geeignet Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen.</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Gesprächsgruppen-Patienten sind deutlich aktiver geworden; Verringerung der Nervosität (gemäß FPI) Größere Akzeptanz der eigenen Empfindungen; Zunahme an Selbstvertrauen, realistischere Einschätzung der eigenen Kräfte; Verringerte Belastung und Beeinträchtigung durch zwischenmenschliche Probleme; Verbessertes Familienselbstkonzept;</p> <p>3 Monate nach Beendigung der Gesprächsgruppe: Gefühl der Entlastung bezügl. Krebsangst;</p> <p>Im Nachbefragungsinterview: Verbesserung der Beziehungen zu anderen; Weniger starke Beeinträchtigung durch Angstgefühle; Günstigere Einstellung zu der Krankheit und zum Leben erlangt; Günstige Veränderungen in der eigenen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben;</p>		

Ambulantes Setting

Posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10 F 43.1)

Therapieverfahren: emotion focused therapy

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID : 959 Paivio SC, Nieuwenhuis JA 2001	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	emotion focused therapy	<p>Das Ergebnis wurde durch 3 stat. Verfahren an Hand der Abhängigen Variablen (Änderungen der o.e. psychometrischen Werte in den Zielkriterien.) überprüft</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlergruppe gegenüber Wartegruppe während der Wartezeit 2. Behandlergruppe gegenüber 	<p>In der Studie wird keine klassische GT angewandt, sondern die EFT (emotion focused therapy).</p> <p>Nachgewiesene Effekte für diagnostisch homogene Gruppe mit Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte (keine Multimorbidität). Das</p>	<p>Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung.</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Wartegruppe nach deren Abschluss der Behandlung.</p> <p>3. Behandlergruppe gegenüber Wartegruppe nach deren Abschluss der Behandlung im follow-up.</p> <p>Die Pat. der Behandlungsgruppe erreichten insgesamt signifikante Verbesserungen in den Werten.</p> <p>Ebenso die Wartegruppe, nachdem die Behandlung durchgeführt wurde. Eine Ausnahme gab es nur in einem Maß (Structural Analysis of Social Behavior, SASB).</p> <p>Darüber hinaus wurden noch die klinisch signifikanten Änderungen methodisch erfasst. 54% der Pat. in der Behandlungsgruppe „were recovered“ und 66% hatten sich reliabel im Verlauf der Behandlung verbessert.</p> <p>Im follow-up (Durchschnitt 35,95 Wochen) zeigte sich ein signifikant positiver Effekt über die Zeit in allen Maßen außer SASB.</p>	Vorgehen ist laut Autoren wahrscheinlich weniger geeignet für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen	
<p>Ref ID: 3596 Paivio SC, Holowaty KAM, Hall IE 2004</p>	<p>IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien</p>	<p>emotion focused therapy</p>	keine Angaben	<p>Prozessstudie. In der Studie wird keine klassische GT angewandt, sondern die EFT (emotion focused therapy).</p>	

Ambulantes Setting

Posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10 F 43.1)

Therapieverfahren: andere

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
<p>Ref ID: 1049 Hickling E.J, Blanchard EB 1999</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>Supportive Psychotherapie: Unterstützen und Ermutigen etc.</p>	<p>PTSD-Diagnose und Symptom-Liste (CAPS) Kategoriale und dimensionale Einschätzung. Schweregrad Skala als Outcome Kriterium SKID (DSM-Achse I Diagnose)</p>	<p>Gut geplante und durchgeführte Studie. CBT erscheint wirksam – wobei längere Nachbeobachtungszeit wünschenswert wäre. Klinische Relevanz der Ergebnisse:</p>	<p>Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

und Ref ID: 3138 Blanchard EB, Hickling EJ 2003			Allgemeine Funktionsskala (entsprechend Global Assessment of Functioning) Becks Depression Inventory Angst (STAI), Impact of event scale (IES)Brief Symptom Inventory (BFI) Psychophysiologisches Assessment Erfolge auf allen oben genannten Skalen und hinsichtlich der Achse I-Diagnosen nach CBT auch noch nach drei Monaten	Durchaus gegeben - wie auch die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext Publikation aber irrelevant hinsichtlich Gesprächspsychotherapie, da diese nicht angewandt wurde.	
--	--	--	---	---	--

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.4.

8.3.4 Fazit zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

In der Gruppe Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) nur eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik Aussagen zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie zulässt.

Die kontrollierte Studie von Altenhöfer et al. (2006), Evidenzstufe 2, untersucht die Wirkung der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörung im Vergleich zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe. Die Studie stellt eine der wenigen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei dieser ICD-10-Störungsgruppe überhaupt dar.

Bei allen angewandten Fragebögen kommt es in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe. Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie: unter anderem wurden bis zu 48,4% der Patienten zusätzlich medikamentös behandelt und der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung wurde nicht kontrolliert, was insbesondere bei der nicht randomisierten Studie einen relevanten limitierenden Faktor darstellt.

Insgesamt gibt die Studie einen schwachen Hinweis auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Wirksamkeit und Nutzen der GT können insbesondere aufgrund des Vergleichs mit einer unbehandelten Wartegruppe und des unkontrollierten Medikamenteneffekts nicht hinreichend belegt werden.

In der Gruppe Posttraumatischer Belastungsstörungen (ICD-10 F 43.1) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine zum Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen dieses Therapieansatzes methodisch geeignete Studie identifiziert werden.

Für die emotion focused therapy wurde eine methodisch sorgfältige Studie identifiziert. Die Studie zeigt, dass emotion focused therapy (EFT) bei der Behandlung einer diagnostisch homogenen Gruppe mit Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte (keine Multimorbidität) wirksam ist.

Allerdings kommen die Mitglieder der TG nach ausführlicher Recherche zu dem Ergebnis, dass es sich bei der EFT nicht um GT im Sinne der Antragsstellung handelt (siehe Kapitel 6 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes).

Eine weitere Studie aus dem ambulanten Bereich berichtet eine Therapieform, die nicht zur Gesprächspsychotherapie zählt. Sie ist daher für das Fazit nicht relevant.

Für den stationären Bereich liegen in dieser diagnostischen Gruppe keine Studien vor.

8.4 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD 10 F50-F59) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Primärstudien. Es wurden keine deutschen Leitlinien zu dieser Störungsgruppe identifiziert.

8.4.1 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 5 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD 10 F50-F59) behandelt wurden.

1	Ref ID: 851 Mulder CL, Emmelkamp PM, Antoni MH, Mulder JW, Sandfort TG, de Vries MJ. Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study. <i>Psychosom Med</i> 1994; 56 (5): 423-31.
2	Ref ID: 3859 Evans S, Fishman B, Spielman L, Haley A. Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. <i>Psychosomatics</i> 2003 ; 44 (1) : 44-50.
3	Ref ID: 1131 Markowitz JC. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 1998; 55 (5): 452-57.
4	Ref ID: 1982 Grulke NR. Psychologische Schmerztherapie bei Patienten unter Knochenmarktransplantation: Eine kontrollierte klinische Studie zur Wirksamkeit differentieller psychologischer Interventionen. Dissertation Universität Tübingen, 1997.
5	Ref ID: 1867♣ Engel-Sittenfeld P, Engel RR, Huber HP, Zangel K. Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen. <i>Z Klin Psychol</i> 1980; 9 (1): 34-52.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Vier Studien wurden im ambulanten Setting durchgeführt, eine Studie im stationären Setting. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht stellt 4 Studien dar, die Patientengruppen berichten, die der Untergruppe Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54) zuzuordnen sind. Eine Studie berichtet Patienten mit Störungen der Untergruppe Nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F 51) als Studienpopulation.

♣ Literatur aus Gutachten des WBP

8.4.2 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F 51)

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 1867 Engel-Sittenfeld 1980	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Gesprächspsychotherapie nach Rogers	Es gibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Wirkung der 3 Behandlungsverfahren. Die Behandlungen führen zu signifikanten Reduktionen des Medikamentenverbrauchs, sowie einer Verkürzung der Dauer des nächtlichen Aufwachens, einem Anstieg der subjektiven Ausgeruhtheit. Die Ergebnisse sind klinisch relevant und können auf den Alltagskontext der hiesigen Psychotherapieversorgung übertragen werden.	Keine differentiellen Therapieeffekte, die Anzahl der Abbrecher in der GT-Gruppe wesentlich höher, GT wird vom Patienten nicht als gezielte Maßnahme zur Beseitigung von Schlafstörungen aufgefasst. Auffällige Persönlichkeitsstrukturen dieser Patientengruppe seien von GT überfordert. Keine Rückführung des Therapieeffektes auf generelle Placeboeffekte, Erklärung über Medikamentenreduktion und Gewinn einer höheren Autonomie.	Studie lässt aufgrund der in Feld 23 genannten methodischen Mängel keinen Schluss auf Wirksamkeit der GT bei undifferenzierten Schlafstörungen zu.

Ambulantes Setting

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54)

Therapieverfahren: Experiential Therapy

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 851 Mulder CL 1994	Ib Randomisierte klinische Studien	experiential (ET) Gruppenpsychotherapie: GT-Elemente ergänzt durch gestalttherapeutische Techniken und mit aktivem self-disclosure der homosexuellen	Nach Intervention beider therapeutischer Techniken war Stress gegenüber Wartegruppe signifikant reduziert - nicht dagegen coping, emotionaler Ausdruck, soziale Unterstützung. Keine Unterschiede zwischen CBT und ET	Erheblich eingeschränkte Validität der Ergebnisse aufgrund schwerwiegender Mängel im Studiendesign. Mängel: eher geringe bis mäßig starke psychische Belastung zu Behandlungsbeginn (Bodeneffekt) sehr kleine Stichproben; hohe drop out Quote Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau) z.T. unkommentiert auf 10 % angesetzt, unklare	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

8. Beratung der Einzelindikationen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
		Therapeuten		Selektionsbedingungen (bias) für Therapiegruppen Keine klassische Gesprächspsychotherapie – (experiential group therapy)	

Ambulantes Setting

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54)

Therapieverfahren: andere

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3859 Evans S 2003	Ib Randomisierte klinische Studien	supportive ‚Standard-psychotherapie‘	Stärkere Schmerzreduktion und Reduktion schmerzbedingter Funktionseinschränkung in der VT-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe ohne statistische Signifikanz. Die VT-Gruppe erzielt darüber hinaus statistisch signifikante Verbesserungen der Depressions-Scores im Vergleich mit der supportiven Psychotherapie. Keine Unterschiede in der Karnofsky Performance Scale und im Gebrauch von Schmerzmitteln. Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben.	Trotz der statistisch nachweisbaren Symptombesserung durch die angewandten PT-Verfahren und der nachgewiesenen möglichen Überlegenheit von VT ist die klinische Relevanz der Ergebnisse durch die hohe Abbruchrate erheblich beeinträchtigt. Dass diese bei VT noch höher ist als bei supportiver Psychotherapie schränkt die positiven Ergebnisse der VT zusätzlich ein. Die Studie bestätigt die Wirkung von VT beim Schmerzmanagement und bei der Depressionsbehandlung. Die hohe Abbruchrate und die vergleichsweise geringen Gruppengrößen am Ende der Behandlung lassen eine abschließende Bewertung nicht zu, insbesondere da die Drop out-Gruppe im Hinblick auf mögliche Abbruchgründe nicht untersucht wurde und weitere differenzierende Untersuchungen über mögliche Gründe für die Akzeptanz oder Zurückweisung der Behandlung fehlen. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

8. Beratung der Einzelindikationen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 1131 Markowitz JC 1998	Ib Randomisierte klinische Studien	supportive Therapieangebote	<p>Darstellung der Ergebnisse. Studie zeigt in der ITT-Analyse statistisch signifikante Unterschiede auf den Depressionskalen bei Behandlung mit IPT oder SP mit Imipramin im Vergleich zur Behandlung mit CBT oder SP allein und eine deutliche Überlegenheit der ersten beiden Behandlungsarme. Die Ergebnisse von CBT gleichen denen von SP und werden deswegen als ‚unspezifisch‘ bezeichnet. Es fand sich auch Besserung bei den funktionalen Scores der Karnofsky-Skala, die so interpretiert wird, dass die depressive Symptomatik der körperlichen Symptomatik zugeordnet wurde. Es wird angenommen, dass die Interventionsstrategien der IPT den Bedürfnissen von HIV-Patienten, die viele Verluste erlitten haben, besonders entgegenkommen. Klinische Relevanz der Ergebnisse. Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext.</p>	<p>Entspricht dem Fazit der Autoren mit einer Einschränkung: es wird nicht deutlich, ob die Depression durch die HIV-Erkrankung ausgelöst wird (was der Kommentar der Autoren zur IPT nahe legt) oder neben der HIV-Erkrankung besteht, zumindest z. T., da ein hoher Prozentsatz der Patienten (zwischen 73 und 60 % über Major depression-Episoden in der Vergangenheit berichtet. IPT und Pharmakotherapie sind im Hinblick auf die Zielsymptomatik der GT überlegen. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>	<p>Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.</p>

Stationäres Setting

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54)

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 1982 Gulke NR 1997	Ib Randomisierte klinische Studien	Gesprächs-orientierte Therapie („dialogisch oder nach geschäftspsycho-therapeutischen Gesichtspunkten“)	Erwartete Interventionseffekte konnten bezgl. Schmerz nicht nachgewiesen werden. Bezüglich Angst und Depression konnte eine tendenzielle Verbesserung nach psych. Behandlung festgestellt werden mit Hinweisen auf bessere Wirkung der geschäftspsychoth. Intervention (kein stat. Signifikanz). Mögliche Hinweise auf verbesserte Copingmechanismen durch psychotherap. Interventionen.	Die Studie bestätigt Wirksamkeit psychoth. Interventionen bei malignen Erkrankungen nicht. Art und Durchführung der GT Bedingung unklar.	Die Interventionen erfolgen im Rahmen des KMT-bedingten stat. Aufenthalts. Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.5.

8.4.3 Fazit zu Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

In der Gruppe Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

Für die Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie („process experiential therapy“) konnte ebenfalls keine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu deren Wirksamkeit und Nutzen in dieser diagnostischen Gruppe zulässt. Auch weitere Studien (2) aus dem ambulanten Bereich berichten eine Therapieform, die nicht zur Gesprächspsychotherapie zählt. Sie sind daher für das Fazit nicht relevant.

In der Gruppe Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59) konnte im stationären Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

8.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.5.1 Leitlinien

Die Suche über Internet und Datenbanken nach deutschen Leitlinien zu Belastungsstörungen ergab eine Fundstelle zu riskantem schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum.

#	Name	Quelle
1	Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum	Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Sucht 50 (2) 102-112 (2004)

Die Leitlinie gibt lediglich Empfehlungen zur Kurzintervention (minimal/brief intervention) bei riskantem schädlichem und abhängigem Alkoholkonsum. Auf die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit einer Diagnose aus dieser Störungsgruppe wird nicht eingegangen. Eine weitere Bewertung hat sich daher erübrigt.

8.5.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 4 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10 - 19) behandelt wurden.

1	Ref ID: 3271♣ Ends EJ, Page CW. A study of three types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates. Quart J Stud Alcohol 1957; 8:263-77.
2	Ref ID: 1734♣ Ends EJ, Page CW. Group psychotherapy and concomitant psychological change. Psychol Monogr 1959 ; 73 (10) : 1-31.
3	Ref ID: 3272 Speierer GW. AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: Speierer GW (EDS). Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG. 2000, S. 31-48.
4	Ref ID: 2171 Görgen W. Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. [Client-centered individual psychotherapy with drug addicts in an inpatient setting]. GwG Zeitschrift 1993; 92:26-32.

♣ Literatur aus Gutachten des WBP

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Alle vier Studien wurden im stationären Setting durchgeführt. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht stellt die 4 Studien dar.

8.5.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Stationäres Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3271 Ends EJ, Page CW 1957	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Nicht-direktive oder klientenzentrierte Therapie nach Rogers	<p>Gemessen wurden Veränderungen der Gruppe insgesamt, nicht der einzelnen Patienten.</p> <p>Lerntheorie-Gruppe (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhöhung der Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst 2. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 3. Unter der Behandlung entfernte sich das Selbst vom vor der Behandlung gemessenen Ideal-Selbst 4. Das sich verändernde Ideal-Selbst entfernte sich vom Selbst vor Behandlungsbeginn <p>Das Ideal-Selbst veränderte sich in Richtung größerer Selbstkritik</p> <p>Klientenzentrierte Therapiegruppe (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gesündere Selbstwahrnehmung wurde erreicht 2. Größere Selbstakzeptanz durch Reduzierung der Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst wurde erzielt 3. Das Selbst bewegte sich in Richtung des nach der Therapie ermittelten Ideal-Selbst 4. Das Ideal-Selbst veränderte sich im Verlauf der Therapie in Richtung des sich verändernden Selbst 	<p>Nicht verwertbar, da hier die Veränderung von theoretischen Konstrukten (Selbst, Selbst-Ideal) in Gruppen untersucht wurde. Keine Verknüpfung dieser Konstrukte mit klinisch relevanten Veränderungen.</p> <p>Keine Diagnostik von konkreten Krankheitsbildern. Keine Untersuchung von individuellen und krankheitsspezifischen Symptomen und deren Veränderung. Nachuntersuchung durch anderes Instrument als in der eigentlichen Untersuchung. Keine Informationen über die „sonstige“ stationäre Behandlung und deren Einflüsse auf Veränderungen.</p>	<p>Studie wurde im stationären Bereich durchgeführt. Keine Übertragbarkeit auf ambulante Versorgung, da Gruppen-psychotherapie nicht alleinige Behandlung.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Ganzheitliches förderliches Muster von therapeutischen Veränderungen wurde erzielt.</p> <p>Psychoanalytische Gruppentherapie (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 2. Veränderungen in Richtung größerer Selbstakzeptanz 3. Die Veränderungen des Selbst orientierten sich gleichmäßig in Richtung des Ideal-Selbst vor und nach der Therapie mit leichter Betonung des letzteren <p>Kontrollgruppe (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 2. Ein geringfügiger aber eindeutiger Trend zu einem weniger gesunden Ideal-Selbst 		
<p>Ref ID: 1734 Ends EJ, Page CW 1959</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Das reguläre stationäre Willmar-Behandlungsprogramm für Alkoholiker (Dauer 60 Tage) und klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie nach Rogers.</p>	<p>Die Hinzufügung von klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie nach Rogers zum Standardbehandlungsprogramm für Alkoholiker führte zu signifikanten Veränderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zunahme der Selbst-Akzeptanz. - Der Schwerpunkt der Veränderungen bezog sich auf das Selbstkonzept. - Veränderung des Ideal-Selbst durch größere Akzeptanz sowohl des Selbstkonzeptes, das vor der Therapie bestand und desjenigen nach der Therapie. - Veränderung des Selbstkonzeptes durch größere Akzeptanz des Ideal-Selbst, welches vor der Therapie bestand und desjenigen nach der Behandlung. - Stabile Reduzierung des Ausmaßes von Misstrauen anderen gegenüber (Paranoidskala, einzige signifikante 	<p>Keine differenzierten Informationen über die Krankheitsbilder/Schweregrad/Komorbiditäten. „Klinische/Alltagsrelevanz“ fraglich. Nicht ersichtlich, wie sich die, durch die zusätzliche klientenzentrierte Gruppentherapie erreichten Veränderungen im Selbst-Konzept hinsichtlich des konkreten Alkoholproblems und der Abstinenzfähigkeit auswirken.</p>	<p>Das untersuchte Behandlungsangebot (stationäres Routine-Behandlungsprogramm und gruppencentrierte Therapie) ist nur stationär durchführbar und somit nicht auf ambulante Versorgung übertragbar. Alleinige Wirksamkeit der gruppencentrierten Therapie nach Rogers nicht untersucht.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Veränderung im MMPI im Vgl. zur Kontrollgruppe).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsistentes, internalisiertes Muster von psychologischen Veränderungen, die als psychisches Wachstum interpretiert werden. <p>Die Verdopplung der Gruppentherapie-Stundenzahl ohne Erhöhung der Gesamtverweildauer bewirkte signifikant größere therapeutische Veränderungen.</p> <p>V.g. legen nahe, dass der durchschnittliche Gruppentherapie Teilnehmer der nach 15 Sitzungen beendete, gerade an der Schwelle zur ernsthaften therapeutischen Arbeit stand.</p> <p>Es zeigte sich kein einzelnes Maß, mit dem der therapeutische Fortschritt zufriedenstellend gemessen werden könnte.</p> <p>Die Veränderungen in der Gruppe weisen ein allgemeines Muster auf, und zwar eine anfängliche große Veränderung i.S. eines „Fluges in die Gesundheit“ in den ersten zwei Therapiewochen, dann ein rapider und umfangreicher Rückschritt und die Anbahnung der reintegrativen Phase in den nächsten zwei Wochen sowie eine schnelle zunehmende Reintegration und Konsolidierung des Therapieerfolges in den letzten zwei Wochen.</p> <p>Das v.g. Phänomen der anfänglich schnellen Verbesserung, gefolgt von Verschlechterung zeigte sich auch in der Kontrollgruppe. Es gab aber keine Anzeichen von Reintegration in einem therapeutischen Sinne. Es etablierte sich eine Struktur, die sich nur oberflächlich von der ursprünglichen unterschied.</p> <p>Gruppentherapie bewirkt eine zunehmende</p>		

8. Beratung der Einzelindikationen
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Stabilität des Selbst- und des Ideal-Selbstkonzeptes.</p> <p>Die Effektivität der Gruppentherapie hängt nicht davon ab, dass der Patient die Notwendigkeit hierzu vor Behandlungsbeginn einsieht. Wahrscheinlich führen die Interaktionen in der Gruppe zur Einsicht in die Notwendigkeit.</p>		
<p>Ref ID: 3272 Speierer GW 2000</p>	<p>III Retrospektive vergleichende Studien</p>	<p>Kombination aus personen-zentrierten, psychoedukativen und verhaltensmodifikatorischen Elementen</p>	<p>Hier sollen nur die für die Fragestellung relevanten Ergebnisse dargestellt werden.</p> <p>Zur Forschungsfrage Nr.4: „Welche Veränderungen und therapeutischen Effekte werden bei der geschäftspsychotherapeutischen Mitbehandlung von AlkoholpatientInnen im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen erreicht?“ Veränderungen am Ende der Behandlung: Abnahme des „gegenwärtigen Insuffizienzerlebens, deutliche Zunahme des „gesunden Selbstvertrauens“, deutliche Zunahme „gesunder Selbstkonzeptanteile und positiver selbstkongruenter Änderungserfahrungen“, Vermehrung „gesunder Selbsterfahrung“</p> <p>Zur Forschungsfrage Nr.5: „Gibt es für die Gesprächspsychotherapie eine nach ihrer Störungstheorie spezifische Wirksamkeit bei AlkoholpatientInnen?“ Wird vom Autor mit „ja“ beantwortet: die gpt-Mitbehandlung bewirkte positive Änderungen, die i.S. des gpt „Differenziellen Inkongruenzmodelles zu sehen sind. Belastungs- und Störungsursachen werden weniger als dispositionell, sondern mehr als persönlich verantwortet und sozialkommunikativ mitbedingt angesehen, Selbstvertrauen und gesunde Selbstanteile werden gestärkt, mehr selbstverträgliche</p>	<p>Keine Therapiestudie sondern Anwendungsstudie zur RIAI. Rückschluss, dass bei der umfassenden und komplexen stationären Rehabilitationsbehandlung der tschechischen PatientInnen die GT-Anteile, zu denen weder quantitative noch qualitative Informationen vorliegen, der entscheidende Wirk- und Veränderungsfaktor war, ist durch die Daten nicht belegt und somit unzulässig.</p>	<p>Studie ist nicht geeignet Wirksamkeit und Nutzen der GT nachzuweisen,</p>

8. Beratung der Einzelindikationen
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>(selbstkongruente) Erfahrungen werden gemacht, PatientInnen erfahren sich als mehr belastbar und erleben mehr Selbstkontrolle.</p> <p>Zur Forschungsfrage Nr.6: „Welche Möglichkeiten der Indikationsstellung, Therapieziele und Hinweise für die Behandlung ergeben sich für AlkoholpatientInnen aus den RIAI-Daten?“ Auf der Basis einer früheren Untersuchung und der RIAI sieht der Autor hier „gute Voraussetzungen für eine positive Indikationsstellung der Gesprächspsychotherapie bei den AlkoholpatientInnen“. Die individuellen Therapieziele können aus den Inkongruenzanalyseergebnissen abgeleitet werden.</p>		
<p>Ref ID: 2171 Görgen W 1993</p>	<p>IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien</p>	<p>Klientenzentrierte Einzelpsychotherapie im Rahmen einer stationären Langzeittherapie (Therapeutische Gemeinschaft).</p>	<p>Von 51 durchgeführten Therapien wurden 42 (82,4%) regulär, d.h. zum Ende der einjährigen Aufenthaltsdauer in der Einrichtung beendet. 9 Klienten beendeten die Therapie vorzeitig (auf eigenen Wunsch oder disziplinarische Entlassung).</p> <p>VEV (40 Therapien): Die erlebte Veränderung im Bewertungszeitraum liegt deutlich im Bereich positiver Veränderung.</p> <p>Giessen-Test (40 Therapien)</p> <p>Selbstbild vorher/nachher: Das Selbstbild der Klienten hat sich deutlich an das Selbstbild der Altersgruppe angenähert, lediglich die Bewertung der größeren Dominanz der eigenen Aggressivität, Impulsivität und der Herrschaftsansprüche bleibt bestehen. Deutliche Veränderung nach der Einzeltherapie: Klienten erleben sich positiver</p>	<p>Vom Autor selbst wird nicht der Anspruch erhoben, die Standards der Psychotherapieforschung zu erfüllen. Kein systematischer, vergleichender und repräsentativer Nachweis der Wirksamkeit von GT bei Drogenabhängigen.</p> <p>Der Autor stellt selbst fest, dass über die Anwendung von GT bei Drogenabhängigen im ambulanten Setting erst wenige Erfahrungen vorliegen.</p>	<p>Keine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ambulante Versorgung, da im Behandlungszeitraum eine Vielzahl anderer intensiver therapeutischer Maßnahmen durchgeführt wurde (Einzel-GT nicht alleiniger Wirkfaktor).</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>in ihrer sozialen Resonanz, aufgeschlossener gegenüber ihrer Umwelt und erlebnisfähiger in Bezug auf ihre Gefühle. Aufhellung der Grundstimmung.</p> <p>Fremdbild (Therapeut) vorher/nachher: Deutliche Veränderungen am Ende der Einzeltherapie auf den Skalen „positiv resonant“, „hypomanisch“, „durchlässig“ und „sozial impotent“ in Richtung der vergleichbaren Altersgruppe der Standardstichprobe.</p> <p>Keine Angaben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klientenzentrierte Psychotherapie führt bei einer drogenabhängigen Klientel zu einer positiven Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens. 2. Klientenzentrierte Psychotherapie betont die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dem Aspekt einer offenen, zugewandten, akzeptierenden und direkten therapeutischen Beziehung der Vorrang zu geben ist vor pädagogischen Erziehungskonzepten. 3. Klientenzentrierte Psychotherapie vermeidet den Übergang von der pathologischen Abhängigkeit vom Suchtstoff zur pathologischen Abhängigkeit vom Therapeuten und fördert ein hohes Maß an Autonomie und Selbstverantwortung. 4. Klientenzentrierte Psychotherapie mit Drogenabhängigen lebt von der Akzeptanz des Klienten als Süchtiger, als Delinquent, als ganze Person mit allen Stärken und Schwächen. 		

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.6.

8.5.4 Fazit zu psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Für den ambulanten Bereich liegen in dieser diagnostischen Gruppe keine Studien vor.

In der Gruppe Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19) konnte im stationären Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

8.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.6.1 Leitlinien

Die Suche über Internet und Datenbanken nach deutschen Leitlinien zu Belastungsstörungen ergab eine Fundstelle zu Persönlichkeitsstörungen.

#	Name	Quelle
1	Persönlichkeitsstörungen	Tress W, Wöller W, Hartkamp N, Langenbach M, Ott J (Hrsg) Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2002

Die Leitlinie wurde auf Empfehlungen zur Psychotherapeutischen Behandlung von Belastungsstörungen durchsucht, speziell nach Aussagen zur Gesprächspsychotherapie.

Die TG kommentiert methodische Qualität und Aussagen in der Leitlinie wie folgt:

#	Kapitel zur Psychotherapie	Kommentar der TG
1	S. 6	Übersicht: GT nicht erwähnt; Leitlinie evidenzbasiert; gestufte Evidenzniveaus
2	S. 7 - 27	spezieller Teil: GT nicht erwähnt;
3	S. 55 - 68	Übersicht Therapiestudien: Verweis auf Eckert et al. (2000). Diese Studie wurde von TG ausgewertet (Ref ID 3421) s.u.; Bewertung auf S. 163 der Leitlinie
4	S. 79 – 82 S. 89 - 91 S. 119 – 122 S. 157 - 167	Paranoide P.:GT nicht erwähnt Schizoide P.: GT nicht erwähnt Dissoziale P.: GT nicht erwähnt Borderline P.: GT mit Verweis auf Eckert et al. (2000) genannt. Methodische Kritik an der Studie. Fazit: „Vor diesem Hintergrund vermag das von den Autoren [Eckert et al.] gezogene Fazit, ..., nicht zu überzeugen.“ (S. 163)

S. 175 - 180	Histrionische P.: GT nicht erwähnt
S. 189 - 193	Zwanghafte P.: GT nicht erwähnt
S. 201 – 204	Ängstliche P.: GT nicht erwähnt
S. 210 - 212	Abhängige P.: GT nicht erwähnt
S. 228 - 223	Narzisstische P.: GT nicht erwähnt

8.6.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 3 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69) behandelt wurden.

1	Ref ID: 2015 Wuchner M. Behandlungsergebnisse von Borderline-Patienten nach klientenzentrierter Psychotherapie. Treatment results of borderline patients after client-centered psychotherapy. Hamburg: Universität. 1997.
2	Ref ID: 3421♣ Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M.[Long-term changes in borderline symptoms of patients after clientcentered group psychotherapy] Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 2000; 50 (3-4): 140-6.
3	Ref ID: 15 Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M. Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment. An empirical follow-up study. Psychother Psychosom 2001; 70 (6): 328-36.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Zwei Studien wurden im ambulanten Setting durchgeführt, diese haben als Studienkollektiv Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) herangezogen. Eine Studie wurde im stationären Setting durchgeführt, hier wird keine Einschränkung der Diagnostischen Gruppen „spezifische Persönlichkeitsstörungen“ bzw. „kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“ vorgenommen Alle Studien haben als psychotherapeutische Intervention die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) angewandt.

♣ Literatur aus dem Gutachten des WBP

8.6.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 2015 Wuchner M 1997	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie	<p>Bereich „soziale Anpassung“: keine nennenswerten Veränderungen im Nachuntersuchungszeitraum bei allen Diagnosegruppen.</p> <p>Bereich „Impulskontrolle“: Abnahme der Symptome, insbesondere Suizidhandlungen, manipulative Suiziddrohungen, Selbstverletzungen und Impulsdurchbrüche bei Patienten mit PBS (stat. bedeutsam). Bei den beiden anderen Gruppen geringfügigere Abnahme.</p> <p>Bereich „Affekte“: Rückgang von Wut, Depression, dysphorischem Erleben und innerer Leere bei PBS und depressiven Patienten. Keine Veränderungen bei den schizophrenen Patienten.</p> <p>Bereich „psychotische Symptome“: Stat. bedeutsamer Rückgang von Derealisation und Depersonalisation bei PBS- und schizophrenen Patienten. Größter Rückgang bei BPS-Patienten. Depressive Patienten zeigten schon zu Beginn kaum solche Symptome.</p> <p>Bereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“: Beeinträchtigungen in diesem Bereich verändern sich bei allen Diagnosegruppen über die Zeit, allerdings nur mäßige Verringerung bei PBS-Patienten über die Zeit.</p>	<p>Die Studie ist aufgrund methodischer Mängel nicht geeignet, die Wirksamkeit von GT-Gruppentherapie zu belegen. Methoden-Kritik:</p> <p>Untersuchung von Borderline-Patienten zu zwei unterschiedlichen Nachbefragungszeitpunkten: Beide Drop-outs sind in die POST-Messung miteinbezogen. Nicht alle Vergleichsgruppenpatienten (Schizophrenie, Depression) erhielten Gruppentherapie. Vergleich der Gruppen mit Rückschluss auf die Wirksamkeit von GT-Gruppentherapie daher nicht zulässig. Die Behandlungsziele der Gruppentherapie waren auf die BPS-Patienten ausgerichtet. Mangelnde Vergleichbarkeit der Gruppen.</p> <p>Verbesserung der Patienten kann nicht sicher auf die GT-Gruppentherapie zurückgeführt werden, wegen zu vieler anderer unkontrollierter Wirkfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - so suchten bspw. etwa die Hälfte aller BPS-Patienten über die ambulante Gruppentherapie hinaus weitere psychotherapeutische Hilfen; - Störvariablen, wie z.B. Medikation nicht dokumentiert und kontrolliert; <p>Keine Kontrolle des Spontanverlaufs.</p> <p>Geringe Fallzahl.</p>	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>DIB-Gesamtwert: BPS-Patienten weisen zum Katamnesezeitpunkt bedeutsam weniger borderlinespezifische Symptome auf, als zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (stat. hochsig-nifikant). Zum Katamnesezeitpunkt erfüllen nur noch 2 BPS-Patienten (14%) die DIB-Kriterien für die Diagnose einer BPS.</p> <p>BSI Abnahme der Borderline-Symptomatik zum Nachuntersuchungszeitpunkt bei allen drei Gruppen.</p> <p>Ergebnisse von Borderline-Patienten zu zwei unterschiedlichen Nachbefragungszeitpunkten: (In der Studie werden nur die Ergebnisse des borderlinetypischen Erlebens und Verhaltens (DIBS) dargestellt.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRAE-POST: hoch signifikante Reduzierung des DIB-Gesamtwertes; statistisch bedeutsame Reduzierung des problematischen Erlebens und Verhaltens in den Bereichen Impulskontrolle, Affekt, Psychose und Beziehungen. - POST-KATA: weiterhin Abnahme der borderline spezifischen Symptomatik, allerdings bis auf den Bereich „Psychose“ statistisch nicht signifi-kant 		
<p>Ref ID: 3421 Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M 2000</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie</p>	<p>Bereich „soziale Integration“: erbrachte schon zum Erstuntersuchungszeitpunkt keine hinreichende Unterscheidung zwischen den Diagnosegruppen.</p> <p>Bereich „Impulskontrolle“: Abnahme der Symptome, insbesondere Suizidhandlungen, manipulative Suiziddrohungen, Selbstverletzungen und Impulsdurchbrüche bei Patienten mit BPS.</p>	<p>Methodische Einwände der Autoren selbst: „... es muss offen bleiben, welcher Anteil der Veränderungen auf spontane Remissionen bzw. statistische Regression zurückzuführen ist. Weiterhin muss offen bleiben, worauf die Veränderungen in den Kontrollgruppen zurückzuführen sind.“</p> <p>Bei fehlender Untersuchung direkt nach der Gruppentherapie und dem langen</p>	<p>Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit der GT in der Gruppe nachzuweisen.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Stärkerer Abnahmetrend als bei den beiden anderen Gruppen.</p> <p>Bereich „Affekte“: Rückgang von Wut, Depression, dysphorischem Erleben und innerer Leere bei BPS und depressiven Patienten. Keine Veränderungen bei den schizophrenen Patienten.</p> <p>Bereich „psychotische Symptome“: bedeutsamer Rückgang von Derealisation und Depersonalisation bei allen Diagnosegruppen; bei BPS-Patienten ist der Rückgang dieser Symptome am größten.</p> <p>Bereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“: Beeinträchtigungen in diesem Bereich verändern sich bei allen Diagnosegruppen über die Zeit.</p> <p>DIB-Gesamtwert: BPS-Patienten weisen zum Katamnesezeitpunkt bedeutsam weniger borderlinespezifische Symptome auf, als zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung. Zum Katamnesezeitpunkt erfüllen nur noch 2 BPS-Patienten (14%) die DIB-Kriterien für die Diagnose einer BPS.</p>	<p>Katamnesezeitraum unklar, inwieweit die berichteten Veränderungen auf die Gruppentherapie zurückzuführen sind oder anderen Wirkfaktoren (z.B. weitere ambulante und/oder stationäre Behandlungen im Katamnesezeitraum eine Rolle spielen.) Auch ein möglicher Spontanverlauf lässt sich nicht differenzieren (keine „treatment as usual“-Gruppe)</p>	

Stationäres Setting

Spezifische Persönlichkeitsstörungen; Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60; F61)

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 15 Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M 2001	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Gesprächspsychotherapie	<p>Es gibt signifikante Ergebnisse in Bezug auf emotionale Gestimmtheit (Depression), Selbstwert, soziale Kompetenz, die auch nach einem Jahr stabil waren.</p> <p>Die zusätzliche Gabe von Medikamenten erbrachte zumeist keine zusätzliche Besserung, lediglich die Untergruppe der abhängigen Persönlichkeitsstörung verbesserte ihre Depression durch Medikamente während die übrigen Subtypen in Bezug auf die Depression besser ohne Medikamente reagierten.</p>	Die stat. Behandlung besserte die Pat. mit Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf wichtige Symptome. Angesichts des komplexen Behandlungsangebots bleibt es schwierig, die Spezifität der GT für diese Therapieergebnisse einzuschätzen, insbesondere da die spezifischen Konzepte für Persönlichkeitsstörungen nicht genannt werden.	Diese Behandlungskonzeption ist nicht übertragbar auf die ambulante Versorgung.

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.7.

8.6.4 Fazit zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

In der Gruppe Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69) konnte im ambulanten Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

Die im stationären Bereich identifizierte eine Studie für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) ist vom Studiendesign nicht geeignet gewesen, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Da in dieser Studie die Gesprächspsychotherapie als Baustein im Rahmen einer stationären Komplexbehandlung angewandt wurde, besteht zusätzlich das generelle Problem, dass sich hieraus der isolierte Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie nicht führen lässt.

8.7 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Dieses Kapitel fasst die Evidenzlage zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie in der Gruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD 10 F20-F29) zusammen. Dargestellt werden die Ergebnisse aus der Bewertung von Leitlinien und Primärstudien.

8.7.1 Leitlinien

Die Suche über Internet und Datenbanken nach deutschen Leitlinien zu Belastungsstörungen ergab eine Fundstelle zu Schizophrenie.

#	Name	Quelle
1	Schizophrenie	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, November 2005.

Die Leitlinie wurde auf Empfehlungen zur Psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie durchsucht, speziell nach Aussagen zur Gesprächspsychotherapie.

Die TG kommentiert methodische Qualität und Aussagen in der Leitlinie wie folgt:

#	Kapitel zur Psychotherapie	Kommentar der TG
1	S. 125	Leitlinie evidenzbasiert. GT erwähnt. „Aufgrund unzureichender Evidenz für die Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion oder Rückfallverhütung kann die Durchführung von Gesprächspsychotherapie zur Behandlung der Schizophrenie nicht empfohlen werden.“

8.7.2 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 2 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD 10 F20-F29) behandelt wurden.

1	Ref ID: 3424♣ Satz P, Baraff A. Changes in the relation between self concepts and ideal-concepts of psychotics consequent upon therapy. J Gen Psychol 1962; 67: 291-8.
2	Ref ID: 2478 Teusch L. Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten An empirical contribution to client-centered psychotherapy for schizophrenic patients. GwG-Info 1984; 55: 79-91.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Beide Studien wurden im stationären Setting durchgeführt. Die nachstehende zusammenfassende Übersicht stellt beide Studien dar, die jeweils die „klassische“ Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutische Intervention angewandt haben.

8.7.3 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Stationäres Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3424 Satz P, Baraff A 1962	Ib Randomisierte klinische Studien	Klientenzentrierte Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden Tabellen mit Korrelationen berichtet. - In der ersten Bedingung mit Gruppentherapie verändern sich 2 Personen in Bezug auf eine höhere Korrelation zwischen Selbst und Ideal-Selbst (in diesem Fall .2-.21), in der Gruppe ohne Gruppentherapie verändert sich nur eine Person zum Positiven (.35) - In beiden Treatmentgruppen zusammen verbessern sich 3 Personen, in der Kontrollgruppe jedoch 6. 	Aufgrund schwerer methodischer Mängel (sehr geringe Stichprobengröße, atypische Erfolgsmaße) zur Bewertung nicht heranzuziehen.	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe. Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.
Ref ID: 2478 Teusch L, Beyerle U, Schenk GK, Stadtmüller G 1984	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	Klienten- bzw. Patientenzentrierte Einzel- und Gruppentherapie	Angegeben wird eine unterschiedlich ausgeprägte Besserung je nach Psychopathologie.	Studiendesign ist nicht geeignet, die spezifische Wirksamkeit der Methode (GT) weder ambulant noch stationär nachzuweisen: Die Resultate lassen sich mangels Kontrollgruppe und unbekannter Selektion der Stichprobe weder der Behandlung generell noch einer Intervention im Besonderen zuordnen.	Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung. Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.8.

8.7.4 Fazit zu Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Für den ambulanten Bereich liegen in dieser diagnostischen Gruppe keine Studien vor.

In der Gruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD 10 F20-F29) konnte im stationären Bereich für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) keine zum Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen dieses Therapieansatzes methodisch geeignete Studie identifiziert werden.

9. Indikationsübergreifende Studien

Mehrere – zumeist ältere – der als relevant identifizierten Psychotherapiestudien haben als Einschlusskriterium für ihre Studienpopulation keine oder keine einheitlichen Störungsbilder formuliert. Oft wurden alle Patienten, die eine Therapie – z. B. an einer Institutsambulanz – nachfragten, in die Studie eingeschlossen. Diese Sonderform von Psychotherapiestudien wurde in der Kategorie „indikationsübergreifend“ zusammengefasst. Es ließen sich dementsprechend auch keine Leitlinien für diese Sonderkategorie identifizieren.

9.1 Primärstudien

Die Recherche und das Screening identifizierten 24 relevante Publikationen zu Primärstudien, in denen Patienten mit nicht näher bezeichneten Diagnosen oder mit Diagnosen aus verschiedenen Gruppen behandelt wurden.

1	Ref ID: 1847♣ Meyer AE. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. <i>Psychother Psychosom</i> 1981; 35 (2-3): 81-207.
2	Ref ID: 866♣ Meyer AE, Stuhr U. 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: an overview. <i>Psychother Psychosom</i> 1988; 50 (4): 192-200.
3	Ref ID:2373 Stuhr U. Clusteranalytische Identifikation von Therapieerfolgsgruppen. [Cluster-analytic identification of successful treatment groups]. In: Quint H, Janssen PL (Eds). <i>Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse</i> . Berlin: Springer. 1987, S. 142-8.
4	Ref ID: 2293, 2292,2291,2290♣ Grawe, K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. <i>Z Klin Psychol</i> 1990: 19 (4):294-315.
5	Ref ID: 2238 Eyßell D. Prozeß-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. <i>Z Klein Psychol Psychopathol Psychother</i> 1992 ; 40 (1):58-78.
6	Ref ID: 3331♣ Minsel WR, Bommert H, Bastine R, Lange I, Nickel H, Tausch R. Weitere Untersuchungen der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. <i>Z Klinische Psychologie</i> 1972; 3: 232-50.
7	Ref ID: 285♣ Sander K, Langer I, Bastine R, Tausch A-M, Tausch R, Wiczerkowski W: Gesprächspsychotherapie bei 73 psychoneurotischen Klienten mit alternierenden Psychotherapeuten ohne Abwahlmöglichkeit <i>Z Klin Psychol Psychother</i> 1973; 21 (3): 218-229.
8	Ref ID: 1868 ♣ Rudolph J, Langer I, Tausch R: Prüfung der psychischen Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierter Einzel-psychotherapie. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie</i> 1980; 9 (1): 23-33.
9	Ref ID: 2444 Pomrehn G, Tausch R, Tönnies S. Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie: Prozesse und Auswirkungen nach 1 Jahr bei 87 Klienten. <i>Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie</i> 1986; 5 (1): 19-31.
10	Ref ID: 3268 Westermann B, Schwab R, Tausch R, Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. <i>Z Klin. Psychol.</i> 1983; 12:273-92.
11	Ref ID: 1676♣ Bommert H, Minsel WR. Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse Klienten-Zentrierter Gesprächspsychotherapie bei Psychoneurotischen Klienten. <i>Zeitschrift fuer Klinische Psychologie.</i> 1972; 1(1): 48-63.
12	Ref ID: 1821♣ Franke A. Ueberpruefung der Effekte klienten-zentrierter Gruppenpsychotherapie. <i>Z Klin Psychol</i> 1977; 6 (4): 244-58.
13	Ref ID: 1628 ♣ Bommert,H. Mann, F., Strauß H. Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie.</i> 1975; Vol. 4(4):239-249.
14	Ref ID: 3352 Eckert J, Frohburg I, Kriz J. Therapiewechsler - Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? <i>Psychotherapeut</i> 2004; 49 (6) : 415-26.

15	Ref ID: 221 Speierer GW , Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie. Patienten, Symptome, Diagnosen, Behandlungsfehler, Testbefunde, Behandlungsergebnisse. Fortschr Med 1979; 97 (35): 1527-33.
16	Ref ID: 3604 Eckert J, Frohburg I, Kritz J. „Floating“ patients – Differential therapy indication by the patients themselves? Therapiewechsler – Differenzielle Therapieindikation durch die Patienten? Psychotherapeut 2004; 49 (6): 415-26.
17	Ref ID: 3223 Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. Am Psychol 1995; 50 (12): 965-74.
18	Ref ID: 2621 Hartmann S, Zepf S. Effectiveness of psychotherapy: A comparison of different psychotherapeutic methods. Forum Psychoanal 2002; 18 (2): 176-96.
19	Ref ID: 2179 Sammet-Hofmann, I. Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. (Results and problems of time series single-case analysis of client-centered and psychodynamic brief psychotherapy). Z Klin. Psychol.Psychopathol.Psychother 1994; 42 (1):27-41.
20	Ref ID: 3256 Frohburg I. Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus Sicht der Patient(inn)en. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2003; 34 (4): 233-42.
21	Ref ID: 61 Böhme H, Finke J, Teusch L. Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. Psychosom Med Psychol 1998; 48 (1):20-9.
22	Ref ID: 1941 Tscheulin D , Walter-Klose C , Wellenhöfer G. Effektivität personenzentrierter stationäre Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2000 ; 31 (1): 35-44.
23	Ref ID: 101 Böhme H, Finke J, Gastpar M, Staudinger T. Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44 (12): 432-9.
24	Ref ID: 2462♣ Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse, Effekte, Vergleiche. Berlin: Springer.1985.

Die Publikationen wurden anhand der in Kapitel 4 genannten Kriterien identifiziert und ausgewertet. Vier Studien wurden im stationären Setting durchgeführt, 20 Studien im ambulanten Setting. Alle 24 Studien haben als psychotherapeutische Intervention die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) angewandt.

9.2 Zusammenfassende Übersicht der Auswertungen

Ambulantes Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 1847 Meyer AE 1981	Ib Randomisierte klinische Studien	client-centered psychotherapy (ICC)	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosomatische Beschwerden: gute Besserung, mit leichten Vorteilen für ICC - - FPI-Aggression: erhöht sich in 'IPT'-Gruppe von leicht unter normal zu leicht über normal - - Verbesserung der Depression: ICC > 'IPT' - - Sociability: Gute Besserung bei beiden - - Etc. - - Symptomliste: <ul style="list-style-type: none"> o ICC erfolgreicher bei 2 Aspekten (physischen Anzeichen von Spannung, Selbstwert) o 'IPT' in 3 anderen Symptomen erfolgreicher o In 8 Symptomen ICC = 'IPT' o 20 Symptome zeigen späte Verbesserung (in FU) - - In 12-Jahres-Katamnese kein Unterschied zwischen den 3 Gruppen (siehe Studie 9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhaltliche Kritik: <ul style="list-style-type: none"> - Die mit ICC behandelten Patienten wurden von in dieser Methode erfahrenen Therapeuten & ohne wesentliche Abwandlung des Settings behandelt - Die mit 'IPT' behandelten Patienten wurden mit einer neuen, eigens entwickelten Methode, in der keiner der Therapeuten eingehendere Erfahrung hatte und welche massiv vom gewohnten Setting abwich, behandelt - Methodische Kritik: <ul style="list-style-type: none"> - Die Studie von Meyer et al. untersucht die vergleichende und differentielle Wirksamkeit von Psychotherapie an 68 Patienten, die mittels Randomisierung mit einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (PT) oder mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GT) behandelt wurden. - Nach Randomisierung waren 22 Patienten dem Verfahren 'GT' und 21 dem Verfahren 'PT' zugeordnet worden. 25 Patienten bildeten die Kontrollgruppe, die nach 4 Monaten als Wartegruppe auch einem Therapieverfahren zugeführt wurden (12 Patienten Gesprächspsychotherapie und 13 Patienten psychodynamische Kurzzeittherapie). - Die Auswertung der Daten erfolgte einmal als Vergleich zwischen den beiden Therapiegruppen und der 	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				<p>Kontrollgruppe (Reference control group comparison):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚GT-Gruppe (n=22)‘ - ‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚PT-Gruppe (n=21)‘ - In einem zweiten Ansatz wurden die Patienten der Wartegruppe, die nach 4 Monaten selbst einer Therapie zugeführt wurden, in einem Vorher-Nachher-Vergleich untersucht (Own control group comparison): - ‚Wartegruppe, der auf ‚GT‘ randomisierten Patienten (n=12)‘: Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie - ‚Wartegruppe, der auf ‚PT‘ randomisierten Patienten (n=13)‘ : Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie - - Die Validität der Aussagen dieser Studie wird durch mehrere Aspekte in Frage gestellt: - 1.) Die Auswertung des ‚reference control group comparison‘ vergleicht die Daten der Wartegruppe mit der jeweiligen Therapiegruppe. Die daraus resultierenden Ergebnisse können nur bedingt zu einer Aussage über die Über- bzw. Unterlegenheit einer Therapieform gegenüber einer anderen herangezogen werden, da dies nicht vom Studiendesign her intendiert war. Für die Beantwortung einer solchen Frage wäre ein direkter Vergleich zwischen Therapiegruppe ‚GT‘ und ‚PT‘ notwendig gewesen. Die in dieser Studie vollzogenen Aussagen zum Vergleich der beiden Therapieformen können lediglich ‚hypothesengenerierend‘ 	

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				<p>sein und sind mit besonderer Vorsicht zu werten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ähnliches gilt für den Vergleich von Patienten mittels des ‚own control group comparison‘. Auch hier sind keine vergleichenden Aussagen zwischen den beiden Therapieformen möglich, da ein Zeitpunkt unter Kontrollbedingungen mit einem Zeitpunkt nach Therapie verglichen wird. - Es ergibt sich ebenso, dass auf Grund des Studiendesigns eine Betrachtung der Daten ohne Berücksichtigung der Wartegruppe nicht möglich ist. Eine nachträglich durchgeführte, zweiarmige Betrachtungsweise beschränkt auf die beiden Therapiegruppen ist unmöglich, da die Erhebungen im Bezug zur Kontrollgruppe (Wartegruppe) stehen. - 2.) Weiterhin auffällig und auch von den Autoren kritisch hinterfragt ist die große Anzahl von Testfragen unterschiedlicher Fragebögen. Insgesamt wurden mehr als 38 Test-Scores und 304 Einzelfragen ausgewertet. Die Problematik des multiplen Testens ist daher von großer Bedeutung. Da es sich hier um eine große Anzahl von Einzeltestungen handelt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ergebnisse, die als signifikant angegeben wurden, nur dem Zufall unterliegen. Hinzu kommt, dass die Autoren in der Auswertung der Ergebnisse des ‚own control group comparison‘ ein Signifikanzniveau von 10% festlegen. Die Verdopplung der Irrtumswahrscheinlichkeit führt zu der Konsequenz, dass bereits von 10 durchgeführten Tests einer zufällig signifikant werden kann. Mit steigender Irrtumswahrscheinlichkeit wird die 	

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				<p>Aussagekraft der Ergebnisse zunehmend geringer. Die hohe Anzahl der Testverfahren verringert deswegen die Validität der Studie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.) Letztlich ist bei der beschriebenen Menge von Testungen und der Anzahl von insgesamt 68 eingeschlossenen Patienten zu hinterfragen, ob die Studie groß genug ist, um die interessierenden Unterschiede im Behandlungserfolg zu belegen. Es findet sich in der Studie kein Hinweis auf eine ‚Power-Kalkulation‘. - Zusammenfassung: - Insgesamt lässt sich sowohl auf Grund der methodischen Mängel als auch auf Grund des Designs der Studie keine Aussage über den Nutzen der ‚Gesprächspsychotherapie‘ im Vergleich zu einer ‚psychodynamischen Kurzzeittherapie‘ treffen. 	
<p>Ref ID: 866 Meyer AE 1988</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>client-centered psychotherapy (ICC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen Therapiegruppen und Vergleichsgruppe - größere Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung bei 'IPT' im Zeitraum der 12 Jahre nach Ende der untersuchten Therapie im Vergleich zu mit ICC behandelten Patienten; über die Kontrollgruppe werden keine Angaben gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> - Für hiesige Fragestellung nicht relevant. - Kritik: siehe Meyer et al 1981. - Lange Katamnese nach kurzer Behandlung (15 WO) nicht sinnvoll. 	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>
<p>Ref ID:2373 Stuhr U 1987</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>klientenzentrierte Beratung</p>	<p>Cluster I und II sind therapierichtungsübergreifende Veränderungswerte. Das eine in positiver Richtung und das andere in negativer. Die Übereinstimmung der Experten und der Patienten ist gegeben. Cluster IV und VI sind therapiespezifisch, Cluster IV Gesprächstherapie ist dadurch charakterisiert, das der Patient nach eigener Einschätzung</p>	<p>Eine Kurzform der Ergebnisse von Ref ID 1847. Zusätzlich zu den Vorbehalten ist geltend zu machen, dass die externen Experten zum gleichen Verbund wie die KZP gehören. Trotz Anonymisierung der Transkripte ist die Behandlungstechnik leicht zu erkennen.</p>	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			jetzt besser zu Recht kommt aber nach Meinung der Experten weniger an Einsicht gewann. Cluster VI hat die psychodynamisch behandelten Patienten die im Einsichtsbereich viel profitieren und wenig im Bereich subjektives Wohlbefinden		
Ref ID: 2293, 2292,2291,2290 Grawe K 1990	Ib Randomisierte klinische Studien	klientenzentrierte Therapie i.S. von Rogers und Tausch (einzeln)	<p>Prozessvergleich (nur Einzeltherapien, n=47; mit Hilfe von 3 prozessanalytischen Verfahren):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jedes der eingesetzten prozessanalytischen Verfahren zeigte signifikante, konsistente Unterschiede zwischen den 3 einzelpsychotherapeutischen Bedingungen auf. - Die meisten gefundenen Unterschiede stimmten gut mit den Konzepten der jeweiligen Therapieformen überein. Ausnahme: geringes Bemühen der BVT-Therapeuten um konkrete Verhaltensänderungen wg. starker kognitiver Ausrichtung. - IVT schnitt insgesamt konsistent besser ab. - BVT und GT stellten sich als sehr stark voneinander unterschieden dar, ohne dass eine durchgängig positiver beurteilt wurde als die andere. <p>Wirkungsvergleich und differenzielle Indikation (Einzel- und Gruppentherapie, n=53):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle 4 Behandlungsbedingungen führten zu signifikanten Verbesserungen der individuellen Probleme (prä-post Messung); kaum Unterschiede im Ausmaß dieser Verbesserungen zwischen den einzelnen Bedingungen. - Unterschiede in den durchschnittlichen Effektstärken der einzelnen Messinstrumente zwischen den einzelnen 	<p>Versorgungsnahe Studie mit breitem Spektrum von Datenerhebungsmethoden.</p> <p>Allerdings ist die Aussagekraft der Ergebnisse durch die erhebliche Streubreite in der Anzahl der Therapiesitzungen (9 bis 73) der zu vergleichenden Behandlungsformen eingeschränkt. Weiterhin führt die geringe Fallzahl der eingeschlossenen Teilnehmer und die übergroße Anzahl an Einzeltestungen („multiples Testen“) zu einer Limitation der Studienergebnisse.</p>	Aufgrund der mangelnden Validität bezüglich der Fragestellung der TG ist diese Studie trotz des versorgungsnahen Ansatzes nicht verwertbar.

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Behandlungsbedingungen (prä-post):GT bewirkte im Durchschnitt eine weniger große Verringerung sozialer Ängste (U), eine geringere Verbesserung der Befindlichkeit (EMI) und eine geringere Verbesserung des Selbstbildes (GT-S)als die 3 VT-Bedingungen. GT bewirkt eine besonders große Veränderung der Kontrollüberzeugungen (IPC).</p> <p>Alle 4 Verfahren erreichten in etwa gleichem Ausmaß eine Verringerung der Belastung durch psychopathologische Symptome (SCL 90).Nur die beiden IVT-Bedingungen bewirkten Veränderungen im fremdeingeschätzten Sozialverhalten (GT-Fr u. IMI). IVG und IVT zeigten das breiteste, die GT das schmalste Wirkungsspektrum.</p> <p>- Veränderungen im ersten und zweiten Halbjahr nach der Therapie: Im ersten Halbjahr nach Beendigung insgesamt eher leichte Verschlechterung. Bei IVT im ersten Halbjahr nach Beendigung leichte weitere Besserung der individuellen Probleme und geringe Streuungen der Veränderung. BVT: deutliche Verschlechterungen in allen Bereichen unmittelbar nach der Therapie mit stark erhöhten Streuungen. Positive Veränderungen im 2. Halbjahr tendenziell durch das Ausscheiden von einigen Pat. mitbestimmt. GT: sowohl im 1. als auch im 2. Halbjahr sind besonders starke positive Veränderungen im Selbstbild (GT-S) zu beobachten. Differenzielle Spätwirkungen der GT: im 2. Halbjahr nach Beendigung besonders viele differenzielle Therapieeffekte (positive u. negative); kontinuierliche Verbesserungen im Selbstbild.</p> <p>- Sehr unterschiedliche Veränderungsverläufe= die 4 Behandlungsbedingungen aktivieren</p>		

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>unterschiedliche Veränderungsprozesse. GT: Befindlichkeitsverbesserung ist insgesamt geringer als bei den 3 VT-Bedingungen.</p> <p>- Differenzielle Indikation: IVT/IVG: keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den Ausgangsmerkmalen der Patienten und ihrem Therapieerfolg. BVT: Vielzahl bedeutsamer Zusammenhänge zwischen Patienten-Ausgangsmerkmalen und Therapieerfolg: Veränderungen werden vor allem bei besonders gering gestörten Patienten erreicht, je schwerer ein Patient gestört ist, umso schlechtere Erfolgsaussichten bei dieser Therapieform.</p> <p>GT: globaler Therapieerfolg hängt bedeutsam und konsistent mit bestimmten Patientenmerkmalen zusammen. Patienten mit gutem sozialem Verhaltensrepertoire und guter Beziehungsfähigkeit sowie dem Wunsch und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung profitieren besonders viel, auch wenn sie sonst schwerer gestört sind. (vgl. S 360).</p>		
<p>Ref ID: 2238 Eyßell D 1992</p>	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>	<p>Klientzentrierte Therapie</p>	<p>Zwischen beiden Therapierichtungen bestehen keine bedeutsamen Unterschiede in den Ausprägungen der Klientenvariablen; die Skalen-Werte liegen für beide Therapiegruppen im mittleren Ausprägungsbereich. Ergebnis steht auch für die Autoren im Widerspruch zu der Annahme, dass innerhalb der GT der therapeutische Erfolg über ein hohes Maß an gefühlsmäßiger Auseinandersetzung bei dem Klienten abläuft und in den dafür konstruierten Skalen ablesbar sein müsste. Höhere Werte für GT in den Merkmalen emot. Wärme, Empathie, Häufigkeit der Therapeutenäußerungen entsprechend den Erwartungen. Keine Unterschiede zwischen beiden Verfahren für „Innere Beteiligung“ und „Echtheit“. Die analytischen Therapeuten werden als genauso am Therapiegeschehen beteiligt vom Pat. angesehen.</p>	<p>Im Fokus der Untersuchung stand kein eigentlicher Therapievergleich. Die Untersuchungen der Prozessvariablen können keinen zusätzlichen Nutzen der GT belegen.</p>	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
Ref ID: 3331 Minsel WR, Bommert H, Bastine R, Langer I, Nickel H, Tausch R 1972	Ib Randomisierte klinische Studien	Gesprächs-psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - 3-Faktoren-Lösung für die Prä-Fragebögen: Psychoneurotizismus, Introversion, Intelligenz - Korrigierte Prä-Post-Werte für die Therapie- und Wartegruppe nach einer speziellen Vorgehensweise, die ausführlich erklärt wird, um 'Netto-Änderungswerte' zu erhalten. - Verringerung von Psychoneurotizismus in der Therapiegruppe, keine Änderungen in Introversion und Intelligenz - Die Wartegruppe ohne Psychotherapie zeigte ebenfalls eine Verminderung von Psychoneurotizismus, was diskutiert wird. - SE des Patienten hängt mit VEE des Therapeuten zusammen. - Weniger Introversion/mehr Extraversion hängt mit SE des Patienten und VEE des Therapeuten zusammen. - Verminderung von Psychoneurotizismus hängt negativ mit dem Ausmaß von SE beim Patienten zusammen. - Erfahrenere Therapeuten haben bessere Erfolge, auch in der Katamnese. 	<ul style="list-style-type: none"> - Methodisch schwer nachvollziehbar. z.B. gibt der Faktor 'Psychoneurotizismus' keine Cut-off-Punkte zur Differenzierung zwischen gesund und krank. - Es wird nicht ausreichend begründet, warum speziell dieses methodische Vorgehen (z.B. S.240) gewählt wurde. - Es stellt sich die Frage, inwiefern die auf S. 241 dargestellten Ergebnisse zu den Gruppenunterschieden von klinischer Bedeutung sind. - Zusätzliche methodische Bedenken: Teilweise erfahrene Therapeuten (> 5 abgeschlossenen Therapien), aber mehr Psychologie- und Medizinstudenten, die 3 Semester in dieser Methode geschult wurden. Letztere behandelten 69% der Patienten. - Ungünstige Rahmenbedingungen (z.B. Räumlichkeiten so, dass schlecht 'ungestörte Gespräche' geführt werden konnten). - Unklar, ob und in welchem Umfang Störungen mit Krankheitswert behandelt wurden 	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 285 Sander K, Langer I, Bastine R, Tausch AM, Tausch R, Wiczerkowski W 1973	Ib Randomisierte klinische Studien	Einzel-Gesprächs-psychotherapie	Für die Wartegruppe wurden die Post-Test Werte per Regression geschätzt. Geringe Unterschiede im Vergleich der Therapiegruppe mit der Wartegruppe auf MMPI und EPI-Skalen Psychotherapieklienten zeigten signifikante Verbesserung in der Skala „Psychotherapeutic Change“ Abnahme im Psychoneurotizismus Nachbefragung nach einem Jahr wird Qualitativ berichtet	Studie, die vor allem auf GT-immanente Aspekte abzielte (Theorie der GT, Weiterbildung etc) Methodische Kritik: kein Bericht über Drop-Outs, Statistische Berechnungen nicht nachvollziehbar (kein Bericht von Mittelwert und SD) Inhaltliche Kritik Das Therapie-Arrangement mit Therapeutenwechseln mit 2/3 unerfahrener Therapeuten erscheint als höchst ungewöhnlich und steht rein im Zusammenhang mit einem experimentellen	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				<p>Kontext. Der Wert für die Krankenversorgung erscheint höchst zweifelhaft.</p> <p>Interpretationsschwierigkeiten auf Grund methodischer Mängel und den spezifischen Setting-Gegebenheiten(Therapeutenwechsel).</p>	
<p>Ref ID: 1868 Rudolph J, Langer I, Tausch R 1980</p>	<p>IIb Prospektive, vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Personenzentrierte Einzelpsychotherapie</p>	<p>Darstellung der Ergebnisse: Experten vergeben Punkte aufgrund von Fragebogendaten: stark verschlechtert bis stark gebessert: Bei jedem 5. in Therapiegruppe sind größere positive Änderungen eingetreten als in der Wartegruppe</p> <p>Selbsteinschätzung: Bericht positiver Veränderung ohne Bezug zur Wartegruppe Fallzahlplanung: Nicht dargelegt Klinische Relevanz der Ergebnisse: nicht nachvollziehbar</p>	<p>Inhaltliche Kritik: Studie (1980), bei der die heute üblichen methodischen Rahmenbedingungen nur ansatzweise eingehalten wurden. Das Therapie-Arrangement mit Therapeutenwechseln bei insgesamt 80 Therapeuten erscheint als höchst ungewöhnlich und steht rein im Zusammenhang mit einem experimentellen Kontext.</p> <p>Methodische Kritik: Unvollständige Darstellung erhobener Daten Intransparente Aggregation von Daten bei der Berechnung der Therapieeffekte (Experten vergeben Punkte aufgrund von Fragebogendaten) Narrative Prozentdarstellungen, Statistische Auswertungen nicht nachvollziehbar</p>	<p>Der Studie kommt keine Relevanz für die ambulante Krankenversorgung zu.</p> <p>Modell des alternierenden Therapeutenwechsels erscheint als unzweckmäßig.</p>
<p>Ref ID: 2444 Pomrehn G, Tausch R, Tönnies S 1986</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie (PP) in Kleingruppen mit 2 Therapeuten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es wird in Prozentzahlen über subjektive Besserung berichtet: - PP: 26% deutlich gebessert, 44% gebessert, 21% unverändert, 9% verschlechtert - WLK: 2% deutlich gebessert, 27% gebessert, 39% unverändert, 32% verschlechtert - Besonders gute Besserungen bei Selbstwert, Kommunikation, Partnerschaft/Familie, Verschlechterungen eher bei psychosomatischen Beschwerden, sexuellen Beschwerden, existenziellen Lebensproblemen. - Weitere Angaben zu Besserungen in vielen erfassten Bereichen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unklar, ob und in welchem Umfang Störungen mit Krankheitswert behandelt wurden. - Aufgrund erheblicher methodischer Mängel (z.B. 6.), unzureichender (deskriptiver) Statistik, Mangel an Vergleichbarkeit mit anderen Studien lassen sich keine validen Aussagen zur Wirksamkeit der GT in der Krankenversorgung ableiten - Zusätzliche klinische Kritik: mit der Wochenend-Marathon-Gruppe waren möglicherweise die psychisch stabileren Teilnehmer zur weiteren Behandlung motiviert, während die ‚mangelnde Offenheit‘ (S. 28) der nicht Profitierenden evtl. auch als notwendige Schutzfunktion gegen eine sehr (zeit-) 	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung																		
			<ul style="list-style-type: none"> - In der 1-Jahres-Katamnese nimmt die Anzahl der deutlich Gebesserten zu, die Anzahl der nur Gebesserten ab, die anderen beiden Kategorien bleiben konstant. - Hierbei keine Angaben darüber, welche Personen von welcher Besserungskategorie in welche andere wechseln - 73% der Gebesserten nahmen nach der Gruppe andere Behandlungsverfahren i.w.S. wahr (Art und Spezifität weitgehend unbekannt) 	intensive Intervention bei Patienten mit niedriger psychischer Stabilität interpretiert werden könnte.																			
<p>Ref ID: 3268 Westermann B, Schwab R, Tausch R 1983</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie über 2 ½ Tage an einem Wochenende mit der Möglichkeit von 10 wöchentlichen Nachtreffen zu 2,5 h.</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Änderungskategorie</td> <td>TG* n=164</td> <td>WG*</td> </tr> <tr> <td>n=45</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deutlich gebessert</td> <td>23 %</td> <td>5 %</td> </tr> <tr> <td>Gebessert</td> <td>62 %</td> <td>13 %</td> </tr> <tr> <td>Unverändert</td> <td>7 %</td> <td>73 %</td> </tr> <tr> <td>Verschlechtert</td> <td>8 %</td> <td>9 %</td> </tr> </table> <p>Chi2 = 96,6, df = 3, p<0,001</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halten Sie Gespräche dieser Art für sich und andere für wichtig und Hilfreich? ja 94 %, nein 2 %, ohne Angabe 4 % - Qualifizierte Therapeuten (Helfer) wurden durch die Patienten besser bewertet als Co-Therapeuten (weniger erfahren). <p>Siehe auch Tabelle 2</p> <p>* TG= Therapiegruppe * WG= Wartegruppe</p>	Änderungskategorie	TG* n=164	WG*	n=45			Deutlich gebessert	23 %	5 %	Gebessert	62 %	13 %	Unverändert	7 %	73 %	Verschlechtert	8 %	9 %	<p>Unklar, ob Störungen von Krankheitswert behandelt wurden. Die von den Autoren beschriebene „Änderung in Richtung eines gesünderen Lebensstiles bei einem Teil der Klienten“ ist eine für die Leistungsentscheidung unzureichende Kategorie, da derartige Ziele durch eine Lebensberatung, körperliches Training, etc. auch erreicht werden könnten.</p> <p>Die Behandlung der Klienten ausschließlich in Gruppentherapieform über 2,5 Tage lässt ein hohes Funktionsniveau der Klienten vermuten.</p>	<p>Die generelle Wirksamkeit der personenzentrierten Gruppenpsychotherapie für die Behandlung psychischer Störungen von Krankheitswert im Sinne des SGB V ist durch diese Studie nicht ausreichend belegt.</p>
Änderungskategorie	TG* n=164	WG*																					
n=45																							
Deutlich gebessert	23 %	5 %																					
Gebessert	62 %	13 %																					
Unverändert	7 %	73 %																					
Verschlechtert	8 %	9 %																					
<p>Ref ID: 1676 Bommert H, Minsel WR, Fittkau B, Langer I, Tausch R 1972</p>	<p>IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien</p>	<p>Gesprächspsychotherapie</p>	<p>Globales Ergebnis: Psychotherapiepat. zeigen nach der Behandlung weniger Neurotizismus, weniger Introversion, günstigere Selbstdarstellung, Verminderung in allgemeinem-sozialen Wissen allerdings sind die Ergebnisse bei der relativ kleinen Gruppe nicht konstant. Es gab auch keine Änderungen oder Verschlechterungen (wie viele?).</p>	<p>Kritik: unklar, welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden Methodische Einwände: 10% Signifikanzniveau Keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der GT in der Krankenbehandlung (benannte Beschwerden umschließen fast ausschließlich Störungen ohne Krankheitswertigkeit) Keine Diagnosen, kleine Gruppe, kurze</p>	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>																		

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
				Behandlungsdauer, Keine klinisch relevanten Endpunkte.	
Ref ID: 1821 Franke A 1977	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	klienten-zentrierte Psychotherapie	Die Gesprächstherapie- Einzelbehandlung war den Werten der Kontrollgruppe in den Bereichen Geselligkeit, Reduktion der Gehemmtheit, Depressivität überlegen. Bei der Gruppentherapie hat einzig der Bereich „Geselligkeit“ eine Verbesserung gegenüber der Warte-Kontrollgruppe erreicht. Interessanterweise sind hoch bedeutsame Veränderungen in den Intelligenzmesswerten des LPSI durch die Gruppentherapie zustande gekommen	Weder die Krankheitsbilder noch die Messinstrumente haben einen Bezug zur klinischen Realität. Desgleichen ist die Behandlungsdauer für eine Gruppentherapie zu kurz. Die Intelligenzvermehrung wird auch nicht diskutiert	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 1628 Bommert H, Mann F, Strauß H 1975	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Gesprächs-psychotherapie	Pat. mit einer dem Konzept der GT entsprechenden Erwartungshaltung haben positive Veränderungen durch GT. Solche mit extremen Erwartungen korrelieren negativ. Allerdings korrelieren auch nicht GT-spezifische Erwartungen mit guten Ergebnissen.	Kritik: unklar, ob und welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden, Erfahrung der Therapeuten unklar Methodische Einwände: 10% Signifikanzniveau An einer Stichprobe von 17 Pat. werden innerhalb von 8 Wochen mit GT positive therapeutische Veränderungen im Vergleich zu einer Wartegruppe erzielt. Da jedoch nicht angegeben wird, wie viele der ohnehin kleinen Gruppe welche Erwartungen hatten und wie dies wiederum mit den Ergebnissen korreliert, ist zu vermuten, dass die geschilderten Besserungen alle möglichen Gründe haben können, auch die von den Autoren angenommenen, aber auch andere. Keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der GT möglich	Unklare Stichprobe, keine Diagnostik, kurze Behandlungsdauer, keine Differentialindikation zwischen Psychotherapie und Beratung. Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe Nicht übertragbar auf ambulante Versorgung
Ref ID: 3352 Eckert J 2004	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	Gesprächs-psychotherapie ambulant	Darstellung der Ergebnisse. Nach der Raterbeurteilung wurden Erfolglosigkeit 56% , Person des Therapeuten 40 % , therapeutisches Modell 44 % und Krankheitsmodell zu 8% als Ursache des Therapieabbruchs bzw. " refusals" ermittelt Patientenbeurteilung: 24% ist die Person des	Aufgrund der geringen Fallzahl, des retrospektiven Designs , Selbstselektion der Therapeuten und der Generierung der Patienten (öffentliche Suche nach erfolgreichen „Wechsler“ bei klientenzentrierten Therapeuten) nur sehr eingeschränkte Aussagekraft.	Studie ist aufgrund des gewählten Designs nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen. Diese Studie unterstreicht die Notwendigkeit zur Entwicklung differentieller Therapieindikationen zur

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Therapeuten alleinige Ursache für Wechsel Für 44% der PatientInnen war Erfolglosigkeit nicht die alleinige Ursache (andere Kriterien waren den Pat. unverständlich) Klinische Relevanz der Ergebnisse: Offensichtlich kommt der Person des Therapeuten eine hohe ,aber nicht überwiegende Bedeutung zu; es muss vermutet werden , dass auch ein Wechsel innerhalb des Therapieverfahrens zu einer besseren Wirksamkeit geführt hätte . Allerdings sieht die Stichprobe Frohburg mit n=14 dies von geringerer Bedeutung an.</p>		psychotherapeutischen Versorgung
Ref ID: 221 Speierer GW 1979	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	Gesprächspsychotherapie nach GwG	<p>Bei korrigierten Katamneseergebnissen 30 % Symptombeseitigung , 43% Besserung , 27 % Wiederverschlechterung Positive Merkmalsänderungen für Nervosität , Depressivität und Maskulinität mit statistischer Signifikanz Intratherapeutische Kriterien (s.S. 1531) Klinische Relevanz der Ergebnisse : Prinzipiell möglich. Allerdings stark eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der fehlenden Kontrollbedingung und der Positivselektion durch die 60 % Zertifikatsfälle , bei denen der Autor als Ausbilder der GwG fungierte</p>	Aufgrund der fehlenden Kontrollbedingungen und der positiven Selektion von 60% der PatientInnen keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie möglich.	Aufgrund der bereits geschilderten, sicherlich auch historisch begründeten Mängel keine Aussage möglich
Ref ID: 3604 Eckert J, Frohburg I, Kritz J 2004	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	Ambulante Gesprächspsychotherapie	<p>Untersuchungsgruppe 1: Nach den Angaben der GT-Therapeuten wurde bei 56% der Therapiewechsler Erfolglosigkeit als alleiniger oder als ein Grund unter anderen festgestellt, bei 40% die Person des Therapeuten bzw. die therapeutische Beziehung, bei 44% das therapeutische Modell und bei 8% das Krankheitsmodell der Ersttherapie (Mehrfacheinstufungen waren möglich). Bei 44% ist nicht Erfolglosigkeit ausschlaggebend, sondern andere Gründe kommen hinzu oder sind allein ausschlaggebend. Bei 24% (6 von 25) ist Erfolglosigkeit der</p>	<p>Stark eingeschränkte Aussagekraft der Studie wegen: - Zu geringer und sehr heterogener Stichprobe; - Großer Varianz hinsichtlich der Anzahl der zuvor durchgeführten RL-Therapie (2-600 Std.); - Fehlender Kontrolle, ob die Therapien methodenkonform durchgeführt wurden; - Fehlender Kriterien zur Beurteilung der Erfolglosigkeit der RL-Therapie bzw. zum Erfolg der GT (2GPTen waren bei Erhebung noch nicht abgeschlossen und trotzdem bereits als erfolgreich bezeichnet).</p>	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe Keine Untersuchung zur Wirksamkeit der GT.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>einzigste Grund für den Wechsel.</p> <p>Untersuchungsgruppe 2: Bis auf Kategorie 3 (Behandlungsmodell) kommen alle Begründungen „relativ häufiger“ vor als in der Untersuchungsgruppe 1: Kategorie 1: + 15% Kategorie 2: +31 % Kategorie 4: + 49%</p>	<p>- Patienten wurden nicht selbst befragt. Aussagen über die Vorbehandlungen und die Gründe für den Wechsel stammen aus zweiter Hand (retrospektive Erinnerung der Therapeuten) und das, nachdem die Behandlungen bereits – zum Teil seit langer Zeit (angegebene Spanne 1977-2003) - beendet waren. Die Reliabilität der Therapeuten-Erinnerung muss daher in Frage gestellt werden.</p> <p>Zusätzlich ist noch anzumerken: - Der Erhebungsbogen zur Datengewinnung wird in der Veröffentlichung nicht vorgestellt. - Bei der Berechnung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der GT wurde eine Behandlung mit 1500 Std. nicht berücksichtigt. Unter Einbeziehung dieser Behandlung ergibt sich für die GT eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 144 Std. (21-1500 Std.).</p>	
<p>Ref ID: 3223 Seligman NE 1995</p>	<p>III Retrospektive vergleichende Studien</p>	<p>Diejenigen Verfahren die auf dem Markt sind</p>	<p>Keine der Psychotherapieformen war besser als die andere für irgend eines der Probleme, Bestätigung der Hypothese, starke Zeitabhängigkeit, Therapien die von den Kassen begrenzt wurden, waren schlechter</p>	<p>Innovative Studie nicht differenziert nach PT-Verfahren</p>	<p>Bedeutung als consumer report groß, aber keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.</p>
<p>Ref ID: 2621 Hartmann S 2002</p>	<p>III Retrospektive vergleichende Studien</p>	<p>klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomverbesserung: <ul style="list-style-type: none"> - PA = VT - PA > TP*, CCT***, andere*** - Allgemeinbesserung: <ul style="list-style-type: none"> - PA > TP*, VT*, CCT*, andere* - Zufriedenheit: <ul style="list-style-type: none"> - PA > CCT* - Behandlungseffektivität: <ul style="list-style-type: none"> - PA = VT - PA > TP*, CCT***, andere*** - TP = VT - TP > CCT* <p>[*p<.05, ***p<.0001]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Behandlungseffektivität jeweils nach 7-11 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> - orientiert an US-Consumer-Reports-Study - bei der Bewertung des Abschneidens der PA ist in jedem Fall die deutlich höhere Stundenzahl zu berücksichtigen - Patienten in GT-Behandlung äußern sich generell eher weniger positiv, wobei unklar ist, warum - Problem der Selbstselektion: eingeschränkte Repräsentativität 	<ul style="list-style-type: none"> - Informative Aussagen über die subjektive Zufriedenheit mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden (z. T. unsicher identifiziert). - Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Therapiedauer und nach mehr als 2 Jahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiv wirkten sich aus: hoch eingeschätzte Kompetenz des Therapeuten, Offenheit des Patienten, supportive Haltung des Therapeuten, kooperatives Patientenverhalten, höhere Therapiedauer, 'Abgeschlossene Therapie' - Negativ wirken sich aus: 'Beschränkung der Behandlung durch Kostenträger', männliches Geschlecht des Patienten 		
Ref ID: 2179 Sammet-Hofmann I 1994	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien	client-centered psychotherapy (ICC)	Therapeutenverhalten Therapierichtungs-spezifisch, Patientenmerkmale keine therapiespezifischen Effekte. Erwartungs-widrige Ergebnisse. Empathie führt zu Abnahme Selbstexploration	Die Schlussfolgerungen sind problematisch.	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
Ref ID: 3256 Frohburg I 2003	V multiple Einzelfallberichte, qualitatives Design	Ambulante Einzel-GT	<ol style="list-style-type: none"> 1. „Es gibt Patient(inn)en, die mit den Ergebnissen einer Richtlinien-Psychotherapie unzufrieden, mit den Ergebnissen ihrer Gesprächspsychotherapie dagegen (sehr) zufrieden sind.“ 2/3 mit Behandlungsergebnis der RL-Therapie unzufrieden. 2. „Es gibt Patient(inn)en, die Zielsetzungen und Prozessbedingungen einer Richtlinien-Psychotherapie nicht akzeptieren, den Zielsetzungen und Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie dagegen zustimmen.“ 1/3 kann sich mit Bedingungen der RL-Therapie nicht identifizieren. 3. Es gibt Patient(inn)en, die die Beziehung in einer Richtlinien-Psychotherapie negativ bewerten und nicht konstruktiv nutzen können, die Beziehung in der Gesprächspsychotherapie dagegen positiv bewerten und konstruktiv nutzen.“ 	Qualitative Studie mit erheblichen Mängeln in Durchführung und nicht nachvollziehbare Interpretation der Ergebnisse	Ergebnisse sehr allgemein und nicht repräsentativ. Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

Stationäres Setting

Therapieverfahren: Gesprächspsychotherapie "client centered therapy"

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
<p>Ref ID: 61 Böhme H, Finke J, Teusch L 1998</p>	<p>IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien</p>	<p>Gesprächspsychotherapie: einzeln 1x pro Woche (60 Min.), Gruppe 4x pro Woche (90 Min.)</p>	<p>CGI-Werte (Schwere der Erkrankung): Zwischen Aufnahme und Entlassung tritt eine hochsignifikante Minderung der Erkrankungsschwere ein, die sich bis zur 1-Jahres-Katamnese weiter fortsetzt. Die Besserung der CGI-Werte war unabhängig von soziodemographischen Variablen. Ein guter Erfolg war mit einem höheren Aufnahme-CGI (höhere Erkrankungsschwere) assoziiert.</p> <p>Patienten mit der Zusatzdiagnose Persönlichkeitsstörung (F6) oder Persönlichkeitsstörung und Suchtverhalten (F1) erzielten eine signifikant geringere Abnahme ihrer Erkrankungsschwere. Die stärkste Nachbesserung nach Entlassung zeigten Patienten, die weiter keine Behandlung in Anspruch nahmen und Patienten, die an einer regelmäßigen ambulanten Psychotherapie teilnahmen.</p> <p>BRMES (Rating Depressivität) und Gießen-Test (Persönlichkeitsvariablen): Hochsignifikante Besserung bei den Variablen BRMES (Depressivität) Gießen-Test PR (soziale Resonanz, Gefühl von anderen akzeptiert zu werden), DE (Grundstimmung, kognitive Depressivität) RE (Durchlässigkeit vs. Verslossenheit), SP (soziale Potenz vs. Inkompetenz), E (Extreme Gefühle der Anomalität) und SID (Selbst-Ideal-Diskrepanz) erzielt. Diese Besserungen werden schon während der stationären Therapie erreicht.</p> <p>Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Therapieerfolg zwischen den</p>	<p>Naturalistische Studie mit interessanten Ergebnissen zur Entwicklung nach stationärer Behandlung. Der Rückschluss, allein aus der Katamnese-Befragung, dass GT der entscheidende Wirkfaktor ist, erscheint anhand der Daten nicht gesichert (keine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe).</p>	<p>Kein Wirksamkeitsnachweis wegen fehlender Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. Keine Übertragung auf die ambulante Versorgung möglich, da andere Therapiedosis (Komplexbehandlung) und Behandlung in einem geschützten Rahmen bei Entlastung vom Alltag.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Erstdiagnosegruppen. Schluss der Autoren: Gesprächspsychotherapie ist bei jeder Gruppe wirksam.</p> <p>Katamneseinterview: Keine Erhöhung des Anteils Berufstätiger (bei Aufnahme 69,3% berufstätig; zum Zeitpunkt der Katamnese 68,3%). 32,2% der Patienten beanspruchten keine Nachbehandlung mehr; 4,5% noch gelegentlich stützende Gespräche bei einem Psychiater, 6,2% psychiatrisch-medikamentöse, 32,8% eine rein psychotherapeutische Behandlung, 10,7% Psychotherapie und Psychopharmaka. Stationäre Wiederaufnahmerate betrug 13,6 %.</p> <p>Rückblickend wurden von den Patienten das Einzelgespräch (59,6%), das Gruppengespräch (58,4%) und das Zusammensein mit anderen Patienten (56,9%) als besonders hilfreich eingeschätzt (Bewegungstherapie 29,5%, Ergotherapie 25,0%). „Gelobt“ worden sei die „gute Kombination“.</p>		
<p>Ref ID: 1941 Tscheulin D, Walter-Klose C, Wellenhöfer G 2000</p>	<p>IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien</p>	<p>„Bad Herrenalber Modell“ von W.H.Lechler mit 5 Komponenten a.) Aufnahme-prozeß mit gruppentherapie mit tiefenpsycholog. und personzentrierter Arbeit b.) Einem körperzentrierten, auf emotionales Erleben, Einstellungs- und</p>	<p>Testnormale hatten das geringste Ausmaß an positiver Veränderung. Die zum Messzeitpunkt (Katamnese) 1 und 2 ermittelten Werte für Wertschätzung, Empathie, Selbstkongruenz, Akzeptationsbreite für die Therapeuten sind sehr hoch.</p>	<p>Es handelt sich nicht um Gesprächs-psychotherapie, sondern um das „Bad Herrenalber Modell“. Die TherapeutInnen waren Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten, Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten, Familientherapeuten mit einer humanistischen und personzentrierten Haltung.</p>	<p>Es wurde die Qualität der Psychotherapie an einer Klinik untersucht, die das Bad Herrenalber Modell anwendet. Innerhalb dieses Modells waren Psychotherapeuten mit 5 verschiedenen Ausbildungen tätig. Die Anteile der einzelnen Verfahren am Outcome wurden nicht differenziert untersucht (dies war von den Autoren auch nicht beabsichtigt). Ein Rückschluß auf die ambulante Versorgung in Deutschland ist nicht möglich.</p>

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
		Verhaltensmodifikation ausger. Gruppenverfahren c.) Spezialgruppen (z.B. Essgestörte) d.) Motivation (12-Schritte-Modell wie bei AA) e.) Therap. Lehr-Lern-gemeinschaft			
Ref ID: 101 Böhme H, Finke, J, Gastpar M, Staudinger T 1994	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Gesprächs-psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Die behandelte Gruppe (2) unterscheidet sich erwartungskonform von der gerade aufgenommenen Gruppe (1) in den relevanten Zielparametern - Kein Einfluss der Vorbehandlungsdauer vor Aufnahme - Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zum Zeitpunkt 2 (d.h.: Gruppe 1 -> 1-Jahres-Katamnese, Gruppe 2 -> 2-Jahres-Katamnese) - Die entscheidende Verbesserung tritt während der stationären Therapie ein - 2x2x3 MANOVA mit kognitionsbezogenen AVn: Haupteffekt für Depressivität, Haupteffekt für Zeitpunkt (behandelt vs. nicht), Interaktionseffekt Zeitpunkt x Depressivität 	<ul style="list-style-type: none"> - Atypisches Design: verglichen werden zwei unabhängige Gruppen zu jeweils verschiedenen Zeitpunkten (Gruppe 1: Aufnahme, 1-Jahres-Katamnese; Gruppe 2: 1 Jahr und 2 Jahre nach stationärer Psychotherapie) - Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung - Kritik: multiple t-Tests ohne Kontrolle der Fehlerkumulation - Keine Angabe von Effektgrößen - Ebenso: evtl. Power-Problem bei MANOVA - Dem Fazit der Autoren in Bezug auf therapierte vs. untherapierte Patienten kann nicht gefolgt werden, da hier aufgrund der Gruppenkonstellation a) im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse eine (unbehandelte) Vergleichsgruppe fehlt, und b) die Ergebnisse im Hinblick auf Prozessvariablen allenfalls hypothesengenerierenden, nicht jedoch beweisenden Charakter haben 	Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.
Ref ID: 2462 J.Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen. 1985	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien	Gesprächs-psychotherapie	Erfahrungen im Gruppenprozess Signifikante Zusammenhänge zwischen Selbst und Fremdbeurteilungsbogen in der Beurteilung des Gruppengeschehens. Wichtig für „Hauptakteur“, dass genügend Raum für Selbstdarstellung zur Verfügung	Probleme bei der Beurteilung der Katamnese: Kein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe möglich; Veränderungen, die zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung beobachtet wurden, können nicht unmittelbar auf die Behandlung zurückgeführt werden;	Keine Übertragbarkeit auf ambulante Versorgung

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>steht und dass die Gruppe sich nachfolgend ausreichend emotional auseinandersetzt Gruppenmerkmale „Aktivität“ und „emotionale Beteiligung“ unterliegen im Verlauf der Sitzung erheblichen Schwankungen Erfahrungen in Gruppen 8 interpretierbare Faktoren, eindeutigster Erfahrungsbereich war „Selbständigkeit“ - alle anderen Faktoren verändern ihr Gewicht - 2 Lernformen (Lernen durch andere Gruppenmitglieder, Lernen durch Einsicht), Beziehung zum Therapeuten, Klarheit bzw. Unklarheit, wie man auf andere wirkt, Ausmaß der Hemmungen und Möglichkeiten, sich frei zu artikulieren, Rivalität; Im Vergleich zu anderen Untersuchungen z.B. GRAWE et al. unterschiedliche Ergebnisse – Hinweis, dass durch GEB Unterschiede in den Gruppentherapietechniken sichtbar werden Wahrnehmung der Erfahrungsbereiche bei psychoanalytisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten Wahrnehmung der Gruppenprozesse hängt von der Art und vom zeitlichen Stand der Behandlung ab Vergleich der Wahrnehmung der Gruppentherapieprozesse unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes und Therapieerfolgs Nur wenige generelle Unterschiede in beiden Gruppenprozessen: PT- Patienten sind der Meinung, dass sich der Therapeut zu sehr von seinem eigenen Standpunkt her äußert, fühlen sich insgesamt stärker beteiligt, beziehen allgemeine Äußerungen mehr auf sich selbst Generelle Unterschiede zwischen erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten: erfolgreiche Patienten haben mehr von der Gruppe gelernt und sind mehr an Situationen aus der Vergangenheit erinnert worden Generelle Veränderungen der</p>	<p>wünschenswerte Erfolge können ebenfalls nicht automatisch als Therapieerfolg bewertet werden; Diagnoseklassifikation nicht ausreichend ICD 8, z.B. Borderline Störungen nicht erfasst</p> <p>Kriterien zur Prognose von Psychotherapieeffekten sind kaum aus der Symptomatik der Patienten oder ihrer soziobiographischen Daten zu gewinnen, sondern es ist die Fähigkeit eines Patienten, sich auf den spezifischen Therapieprozess einzulassen und damit wesentlich zum Therapieerfolg beizutragen.</p> <p>Prozessstudie mit intratherapeutischen Variablen.(Patientenautonomie) Aufgrund des stationären Settings ist von einer Vielzahl von unspezifischen Faktoren auszugehen, so dass eine Reduktion therapiespezifischer Wirksamkeitsmerkmale nicht möglich war.</p> <p>Keine Angaben zur Veränderung krankheitsrelevanter Parameter.</p> <p>Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe Gesprächstherapie möglich.</p>	

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Gruppenerfahrung im Therapieverlauf: Faktor „Selbständigkeit“ am eindeutigsten verändert (Maß für Wirksamkeit der Behandlung)</p> <p>Beziehung zwischen Behandlungsform und Therapieverlauf: weitgehende Annäherung zwischen beiden Gruppen- Konzentration auf das Hier und Jetzt; Ergebnis spezifisch für Gruppenarbeit mit stationären Patienten</p> <p>Therapeutische Wirksamkeit des Gruppenprozesses- die Heilfaktoren und ihre Bedeutung</p> <p>Heilfaktoren sind die Erfahrungen der Patienten während der Behandlung.</p> <p>Unterschied in 12 Faktoren, passive Lernerfahrungen spielen untergeordnete Rolle. Gruppenkohäsion spielt keine eindeutige Rolle in beiden Gruppen. Keine Bedeutung für Therapieverlauf.</p> <p>Gruppenprozess wird nachhaltig von der Art der psychischen Störung beeinflusst.</p> <p>Effizienz der GT: durch Therapie Selbstwahrnehmung positiv verändert im Vergleich zu einer Wartegruppe; dies spricht für Spezifität der Methode</p> <p>Gruppenbehandlung</p> <p>Ergebnisse der 2 Jahreskatamnese:</p> <p>Langfristige Ergebnisse</p> <p>Stationäre PT wirkungsvoll; positive Veränderungen in der Persönlichkeit bleiben nach Therapieende erhalten, in einigen Merkmalen tritt erst im Katamnesezeitraum entscheidende Änderung ein. Spezifische Veränderungen sprechen für Art der Therapieform, beide Therapieformen erfahren im Mittel gleich große Veränderungen; GT fördert die Wahrnehmung und Betonung von Unterschieden zwischen den Gruppenteilnehmern. Dieser Unterschied wird im Katamnesezeitraum wieder aufgehoben.</p>		

Ref ID / Studie	Studientyp / Evidenz-kategorie	Therapie-verfahren (laut Autoren)	Ergebnisse / Fazit der Autoren	Bewertung	Bedeutung für ambulante Versorgung
			<p>Wesentliche Änderungen finden während der Therapiezeit statt. Langfristig positive Änderung bei den Teilnehmern, die schon während der Therapie Änderung erlebten. GT Patienten nehmen als Maß der Veränderung ihre Beziehungsfähigkeit, PT Patienten ihre Autonomie</p> <p>GT- Gesprächspsychotherapiegruppe PT- psychoanalytisch geführte Gruppe</p>		

Die ausführlichen Bewertungsbögen zu allen o.g. Studien befinden sich im Anhang 12.9.9.

9.3 Fazit zu indikationsübergreifenden Studien

Für den ambulanten Bereich konnten von den 24 Primärstudien keine Studien identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

Nach sorgfältiger Evaluierung wurde die Hamburger Studie Meyer et al. 1981, als nicht geeignet für einen Nutznachweis angesehen, weil sie zu viele gravierende methodische Mängel aufzuweisen hatte. U.a. konnte die Adhärenz, d.h. die regelgeleitete Anwendung zumindest des Vergleichsverfahrens nicht sichergestellt werden. In Bezug auf Erfahrung, Bezahlung und Supervision waren die beiden Therapeutengruppen nicht vergleichbar. Methodische Probleme, fehlende Powerberechnungen, viel zu hohe Anzahl von Fragebögen und fehlerhaftes Studiendesign kommen als Mängel hinzu.

Die Grawe Studie (Berner Therapievergleichsstudie) ist versorgungsnah mit einem breiten Spektrum von wissenschaftlichen Datenerhebungen und Auswertungsmethoden. Allerdings ist die Aussagekraft der Ergebnisse durch die erhebliche Streubreite in der Anzahl der Therapiesitzungen (9 bis 73) der zu vergleichenden Behandlungsformen eingeschränkt. Weiterhin führt die geringe Fallzahl der eingeschlossenen Teilnehmer und die übergroße Anzahl an Einzeltestungen („multiples Testen“) zu einer Limitation der Studienergebnisse.

Insgesamt hat keine der indikationsübergreifenden Studien einen Hinweis für Wirksamkeit oder Nutzen der GT ergeben.

Für den stationären Bereich konnte in dieser Gruppe keine Studie identifiziert werden.

10. Beratung der Stellungnahmen

Die Gesprächspsychotherapie wurde am 06.10.2004 als prioritäres Beratungsthema im Bundesanzeiger, am 10.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt - Ausgabe PP – und am 15.10.2004 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Aufgrund der Veröffentlichung sind 82 Stellungnahmen eingegangen, die sich mehr oder weniger eng an den vorgegebenen Fragenkatalog halten. Sie beziehen sich zum Teil auch aufeinander. Manche Stellungnahmen sind auch sehr persönlich gehalten und schildern die eigene Erfahrung mit der therapeutischen Praxis der Gesprächspsychotherapie.

Stellungnahmen kamen von

- Landespsychotherapeutenkammern (10)
- Psychologischen Instituten an Universitäten (11)
- Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (7)
- Psychotherapeutischen Berufsverbänden (4)
- Patientenverbänden (3)
- Kliniken (5)
- und zahlreich von einzelnen Therapeuten, Ausbildungsgruppen oder Praxisgemeinschaften (42)

10.1 Hauptargumente in den Stellungnahmen

Im nachfolgenden Text handelt es sich um eine Zusammenfassung der in den Stellungnahmen vorgetragenen Argumente ohne Wertung und Feststellung der Richtigkeit dieser Aussagen durch die TG.

Soweit die Aussagen durch Studien belegt wurden, wurden diese im Beratungsprozess berücksichtigt. Die Aussagen der Stellungnehmenden wurden in der TG intensiv diskutiert.

Im Tenor waren alle Stellungnahmen bis auf zwei positiv und sprachen sich für die Einführung der Gesprächspsychotherapie in die GKV aus. Zudem gibt es immer wieder Querverweise, in denen sich die einzelnen Stellungnahmen aufeinander beziehen. Viele der für eine Einführung der GT in die Versorgung vorgebrachten Argumente wiederholten sich in den einzelnen Stellungnahmen. Daher werden diese in der folgenden Zusammenstellung der eingegangenen Voten, die dem in der Ausschreibung vorgegebenen Fragenkatalog folgt, zusammenfassend wiedergegeben.

Zu den wesentlichsten und am häufigsten angetroffenen Inhalten zählen:

- Die Gesprächspsychotherapie sei eine seit Jahren im stationären und ambulanten Bereich etablierte Therapiemethode. Hierbei wird besonders auf die Erfahrungen in der DDR verwiesen.
- Ihre Zulassung erweitere das Behandlungsspektrum in der ambulanten Psychotherapie, da mit einem weiteren Verfahren die Chancen, der „Passung“ zwischen Verfahren, Patient und Therapeut steigen würden. Zudem habe die GT einen besonders „niedrig schwelligen“, von einem bestimmten Menschenbild geprägten Zugang zum Patienten. Dieser ermögliche durch seine

empathische und gleichzeitige aktive Interventionstechnik die Behandlung von Patienten, die mit den bisherigen Richtlinienverfahren nicht erreicht werden könnten. So gebe es Studien über Therapieversager, die letztlich mit GT erfolgreich behandelt werden konnten.

- Die Forderung des Nachweises eines zusätzlichen Nutzens der Gesprächspsychotherapie gegenüber den bisherigen Richtlinienverfahren sei eine unzulässige und inhaltlich für kein Therapieverfahren zu erfüllende Hürde.

Zu weiteren Angaben in den Stellungnahmen sei auf die zusammenfassende Übersicht im Anhang 12.7 verwiesen.

Die Stellungnahmen sind im Original im Supplement zum Bericht zur Nutzenbewertung dokumentiert.

11. Zusammenfassung der Ergebnisse der Nutzenbewertung

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der in Kapitel 7 bis 9 dargestellten Studienbewertungen zusammenfassend mit Bezug auf die Fragestellung der TG beschrieben.

11.1 Zusammenfassung der Evidenz zur „klassischen“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“)

11.1.1 Studien im ambulanten Setting

Im ambulanten Bereich wurden Studien zur Gesprächspsychotherapie für folgende Indikationsgruppen identifiziert:

- Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)
- Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen (ICD-10 F40-F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F50-F59)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60-F69)

In zwei Indikationsbereichen konnte für die „klassische“ Gesprächspsychotherapie („client centered therapy“) jeweils eine Studie identifiziert werden, deren Design und berichtete Forschungsmethodik Aussagen zu Wirksamkeit oder Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt.

(1) Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)

Studie von Ward, King et al. (2000), Evidenzstufe 1

Die Studie von Ward und King vergleicht GT, Verhaltenstherapie und die Therapie durch den Hausarzt bei Patienten mit mittelschwerer Depression. In einem mehrarmigen Design wird dabei sowohl die Forderung nach einer Randomisierung als auch die Patientenpräferenz berücksichtigt. So werden Patienten ohne Präferenz in alle drei Gruppen randomisiert, in zwei weiteren Armen werden die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für eine Psychotherapie randomisiert verglichen, zwei weitere Arme vergleichen die psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Präferenz für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren (siehe Abbildung auf Seite 276).

Sowohl in allen drei Designs als auch in der zusammenfassenden Bewertung zeigt sich, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit moderaten affektiven

Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten kognitiven Verhaltenstherapie unterscheiden. Beide Interventionen sind nach 4 Monaten der Behandlung durch den Hausarzt überlegen, nach 12 Monaten gibt es keinen signifikanten Unterschied; die Effekte der Hausarztbehandlung haben sich an die der Psychotherapiegruppen angeglichen. Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49 % der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützen die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.

Aufgrund der viermonatigen Katamneseeffekte wird im Vergleich zu dem Standardbehandlungsverfahren „Hausarztbehandlung“ ein Nutzen der psychotherapeutischen Interventionen GT und VT als belegt angesehen.

(2) Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2)

Studie von Altenhöfer et al. (2006), Evidenzstufe 2

Die kontrollierte Studie von Altenhöfer et al. (2006), untersucht die Wirkung der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörung im Vergleich zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe. Die Studie stellt eine der wenigen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei dieser ICD-10-Störungsgruppe überhaupt dar.

Bei allen angewandten Fragebögen kommt es in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe. Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie: unter anderem wurden bis zu 48,4% der Patienten zusätzlich medikamentös behandelt und der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung wurde nicht kontrolliert, was insbesondere bei der nicht randomisierten Studie einen relevanten limitierenden Faktor darstellt.

Insgesamt gibt die Studie einen schwachen Hinweis auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Wirksamkeit und Nutzen der GT können insbesondere aufgrund des Vergleichs mit einer unbehandelten Wartegruppe und des unkontrollierten Medikamenteneffekts nicht hinreichend belegt werden.

11.1.2 Studien im stationären Setting

Im stationären Bereich konnte keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, die hier interessierende Fragestellung zu Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu beantworten. Bei allen vorliegenden Studien erfolgte die GT als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes. Da keine Kontrollbedingungen gewählt wurden, die eine isolierte Bewertung der GT zulassen, kann auf Basis dieser Studien keine Aussage über die isolierte Wirksamkeit der GT getroffen werden.

11.2 Zusammenfassung der Evidenz zu neueren Entwicklungen und Varianten der Gesprächspsychotherapie

11.2.1 Studien im ambulanten Setting

Im ambulanten Bereich wurden auch Studien identifiziert, die als Therapieansätze neuere Entwicklungen und Varianten der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie berichten, nämlich Prozess-Erlebnisorientierte Therapie (PET) und emotion focused therapy (EFT).

Bei der PET handelt es sich um eine Kombination aus klientenzentrierter Psychotherapie und Gestalttherapie. Diese Form der Psychotherapie ist nicht der GT im Sinne der Antragstellung zuzuordnen (siehe Kapitel 6 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes).

Auch bei der EFT handelt es sich nicht um Gesprächspsychotherapie im Sinne der Antragsstellung (siehe Kapitel 6 Operationalisierung des Beratungsgegenstandes).

11.2.2 Studien im stationären Setting

Im stationären Bereich konnte keine Studie identifiziert werden, welche geeignet wäre, Wirksamkeit und Nutzen neuerer Entwicklungen und Varianten der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie zu belegen. Bei allen vorliegenden Studien erfolgte die Therapie als ein Baustein im Rahmen eines komplexen stationären Behandlungskonzeptes. Da keine Kontrollbedingungen gewählt wurden, die eine isolierte Bewertung der jeweiligen Therapie zulassen, kann auf Basis dieser Studien keine Aussage über die isolierte Wirksamkeit neuerer Entwicklungen und Varianten der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie getroffen werden.

12. Anhang

12.1 Literaturrecherche

12.1.1 Berücksichtigte Datenbanken

The Cochrane Library	-
Medline	ab 1966
Oldmedline	1960 - 1965
Embase	ab 1974
Gerolit	ab 1979
PsycInfo	ab 1887
Psyndex	ab 1977
Scisearch	ab 1993
Sociological Abstracts (SocioFile)	ab 1963
Kluwer Verlagsdatenbank	ab 1997
Springer Verlagsdatenbank	ab 1997
Springer Preprint	ab 2002
Thieme Verlagsdatenbank	ab 2002

12.1.2 Berücksichtigte Institutionen

AWMF
HSTAT
TRIP Database
GIN

12.1.3 Suchstrategien

Datenbank: Medline, Oldmedline, Embase

Recherchezeitraum: 1960-2002

Datum der Recherche: 14.01.2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	ME66; ME60; EM74; TV01	222062082
2	CT="nondirective therapy"	6043
3	(nondirective OR non-directive OR client-centered OR client-centred OR patient-centered OR patient-centred OR person-centered OR person-centred)	4326
4	psychotherap*	86182
5	S=4 AND S=3	453
6	S=5 AND S=2	248
7	CT DOWN "psychotherapy"	140131
8	S=7 AND S=3	526
9	gespraechpsychotherap*	31
10	(conversation* AND psychotherap*)	289
11	roger* OR tausch*	2285
12	S=11 AND S=4	169
13	emotion focused therap*	4
14	approach* OR treatm* OR treat*	3902163
15	S=14 AND S=3	1407
16	S=15 AND S=4	220
17	experiential psychotherap*	29
18	focusing oriented psychotherap*	0
19	S=17 OR S=16 OR S=13 OR S=12 OR S=10 OR S=9 OR S=8 OR S=6 OR S=5	1001
20	check duplicates: unique in S=19	900

Datenbank: Psyndex

Recherchezeitraum: 1977-2002

Datum der Recherche: 14.01.2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	CT DOWN „Client Centered Therapy	1.960
2	conversation* OR nondirective OR non-directive OR client-	5.625

	centered OR client-centred OR person-centered OR person-centred OR patient-centred OR patient-centered OR Roger* OR Tausch*	
3	((CT DOWN 'Psychotherapie') OR CT DOWN 'Psychotherapy')	32.253
4	S=2 AND S=3	3.426
5	(((((CT DOWN 'Gespraechstherapie') OR CT DOWN 'Experiential Psychotherapy') OR CT DOWN 'Psychotherapeutic counseling') OR CT DOWN 'Supportive Psychotherapy')	4.188
6	S=5 OR S=1	6.012
7	random* OR control* OR meta-analysis OR meta-analytic OR guideline* OR effective* OR efficac* OR efficien* OR comparison OR comparativ* OR CT DOWN 'Uebersichtsarbeit' OR systematic review*	86.307
8	S=7 AND S=6	757
9	Gespraechspsychotherap*	1.054
10	S=9 OR S=5 OR S=4 OR S=1	7.521
11	S=10 AND S=7	907
12	refugee* OR prisoner*	1.670
13	S=11 NOT S=12	899
14	student* OR organizational development OR marital distress OR marriage counselling OR sex counselling OR lernbehindert OR Erziehung* OR sexualtherap*/TI	33.108
15	S=13 NOT S=14	789
16	Youth welfare OR child guidance OR Spitzensportler OR Schulphobie/TI	785
17	S=15 NOT S=16	787
18	Check duplicates: unique in S=17	785

Datenbank: PsycInfo

Recherchezeitraum: 1887-2003

Datum der Recherche: 23.01.2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	explode "Client-Centered-Therapy" in DE	939
2	explode "Experiential-Psychotherapy" in DE	305
3	"Supportive-Psychotherapy" in DE	117
4	"Psychotherapy" in DE	39488
5	("Psychotherapy" in DE) and (explode "Client-Centered-Therapy" in DE)	199
6	(nondirective or client-cent* or patient-cent* or person-cent* or Roger* or Tausch or experiential or focus* oriented) and psychotherap*	3446
7	psychotherap*	103548
8	(explode "Client-Centered-Therapy" in DE) and (psychotherap*)	598
9	("Supportive-Psychotherapy" in DE) or (explode "Experiential-Psychotherapy" in DE) or (explode "Client-Centered-Therapy" in DE) or ((nondirective or client-cent* or patient-cent* or person-cent* or Roger* or Tausch or experiential or focus* oriented) and psychotherap*)	3901
10	explode "Treatment-Guidelines" in DE	278
11	explode "Meta-Analysis" in DE	2415
12	explode "Random-Sampling" in DE	219
13	explode "Literature-Review" in DE	21942
14	effectiv* or efficien* or effica*	157788
15	meta-analy* or guideline* or random* or controlled or systematic review*	8806
16	specificity	9332
17	(effectiv* or efficien* or effica*) or (explode "Literature-Review" in DE) or (explode "Random-Sampling" in DE) or (explode "Meta-Analysis" in DE) or (explode "Treatment-Guidelines" in DE) or (specificity) or (meta-analy* or guideline* or random* or controlled or systematic review*)	255184
18	((effectiv* or efficien* or effica*) or (explode "Literature-Review" in DE) or (explode "Random-Sampling" in DE) or (explode "Meta-Analysis" in DE) or (explode "Treatment-Guidelines" in DE) or (specificity) or (meta-analy* or guideline* or random* or controlled or systematic review*)) and (("Supportive-Psychotherapy" in DE) or (explode "Experiential-Psychotherapy" in DE) or (explode "Client-Centered-Therapy" in DE) or ((nondirective or client-cent* or patient-cent* or person-cent* or Roger* or Tausch or	855

	experiential or focus* oriented) and psychotherap*))	
19	client-centred	48
20	"Client-Centered-Therapy" in DE	939
21	"Rogers-Carl" in DE	126
22	Gespraechspsychotherapie	13
23	((((effectiv* or efficien* or effica*) or (explode "Literature-Review" in DE) or (explode "Random-Sampling" in DE) or (explode "Meta-Analysis" in DE) or (explode "Treatment-Guidelines" in DE) or (specificity) or (meta-analy* or guideline* or random* or controlled or systematic review*)) and (("Supportive-Psychotherapy" in DE) or (explode "Experiential-Psychotherapy" in DE) or (explode "Client-Centered-Therapy" in DE) or ((nondirective or client-cent* or patient-cent* or person-cent* or Roger* or Tausch or experiential or focus* oriented) and psychotherap*)) or (Gespraechspsychotherapie)	865
24	gespraechspsychotherap*	15
25	(gespraechspsychotherap*) or (((effectiv* or efficien* or effica*) or (explode "Literature-Review" in DE) or (explode "Random-Sampling" in DE) or (explode "Meta-Analysis" in DE) or (explode "Treatment-Guidelines" in DE) or (specificity) or (meta-analy* or guideline* or random* or controlled or systematic review*)) and (("Supportive-Psychotherapy" in DE) or (explode "Experiential-Psychotherapy" in DE) or (explode "Client-Centered-Therapy" in DE) or ((nondirective or client-cent* or patient-cent* or person-cent* or Roger* or Tausch or experiential or focus* oriented) and psychotherap*))	867

Datenbank: Gerolit, Verlagsdatenbanken

Recherchezeitraum: 1979-2003

Datum der Recherche: 30.01.2003

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
1	KL97; SPPP; SP97; GE79; TV01	443761
2	CT="CONVERSATIONAL PSYCHOTHERAPY"	63
3	gespraechspsychotherap*	72
4	psychotherap*	2318
5	((((nondirectiv* OR client-centered) OR person-centered) OR	57

	patient-centered)	
6	((nondirectiv* OR client-centred) OR person-centred) OR patient-centred)	34
7	S=6 OR S=5	81
8	S=7 AND S=4	16
9	(conversat* AND psychotherap*)	68
10	(roger* OR tausch*)	196
11	S=10 AND S=4	4
12	emotion focus* therap*	1
13	experient* psychotherap*	2
14	focus* orient* psychotherap*	0
15	personenzentr* gespraechs*	0
16	humanist* psychother*	1
17	klientenzentr* psychother*	2
18	personenzentr* psychother*	0
19	S=17 OR S=16 OR S=13 OR S=12 OR S=11 OR S=9 OR S=8 OR S=3 OR S=2	90
20	check duplicates: unique in s=19	90

Datenbank: Scisearch

Recherchezeitraum: 1993-2003

Datum der Recherche: 26.01.2003

In den Datenbanken Science Citation Index, Social Science Citation Index und Arts and Humanities Citation Index wurden durch eine Freitextsuche ca. 400 Dokumente gefunden.

12.1.4 Update im Oktober 2003

Ein Update der Recherche mit der ausgearbeiteten Suchstrategie in den genannten Datenbanken führte zu ca. 160 neuen Dokumenten, die in die Reference-Manager-Datenbank aufgenommen wurden.

Insgesamt enthält die Reference-Manager-Datenbank zu Gesprächspsychotherapie zu dem Zeitpunkt ca.3300 Dokumente.

Ein Vorscreening wurde mit folgenden Stichworten als Einschränkung aus der AG vorgenommen:

psychodynamic therapy
psychoanalytically oriented therapy
analytically oriented psychotherapy
brief therapy
short-term psychodynamic therapy
behaviour therapy
cognitive behavior therapy
cognitive-behavioral therapy
client-centered therapy
Rogerian therapy

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
psychodynamische Psychotherapie
analytische Psychotherapie
analytische Therapieverfahren
Verhaltenstherapie
kognitiv-behaviorale Therapie

Folgende Studientypen wurden berücksichtigt:

{CLINICAL-TRIALS} OR {CLINICAL ARTICLE} OR {CONTROLLED STUDY}
{CONTROLLED TRIAL} OR {CONTROLLED TRIALS}
COMPARATIVE STUDY
follow-up
vergleich*
outcome*
{comparative} AND {stud*}
{controlled} AND {stud*}
{controlled} AND {trial*}
randomized
meta analysis
{systemat*} AND {review*}

12.1.5 Update im Juni 2005

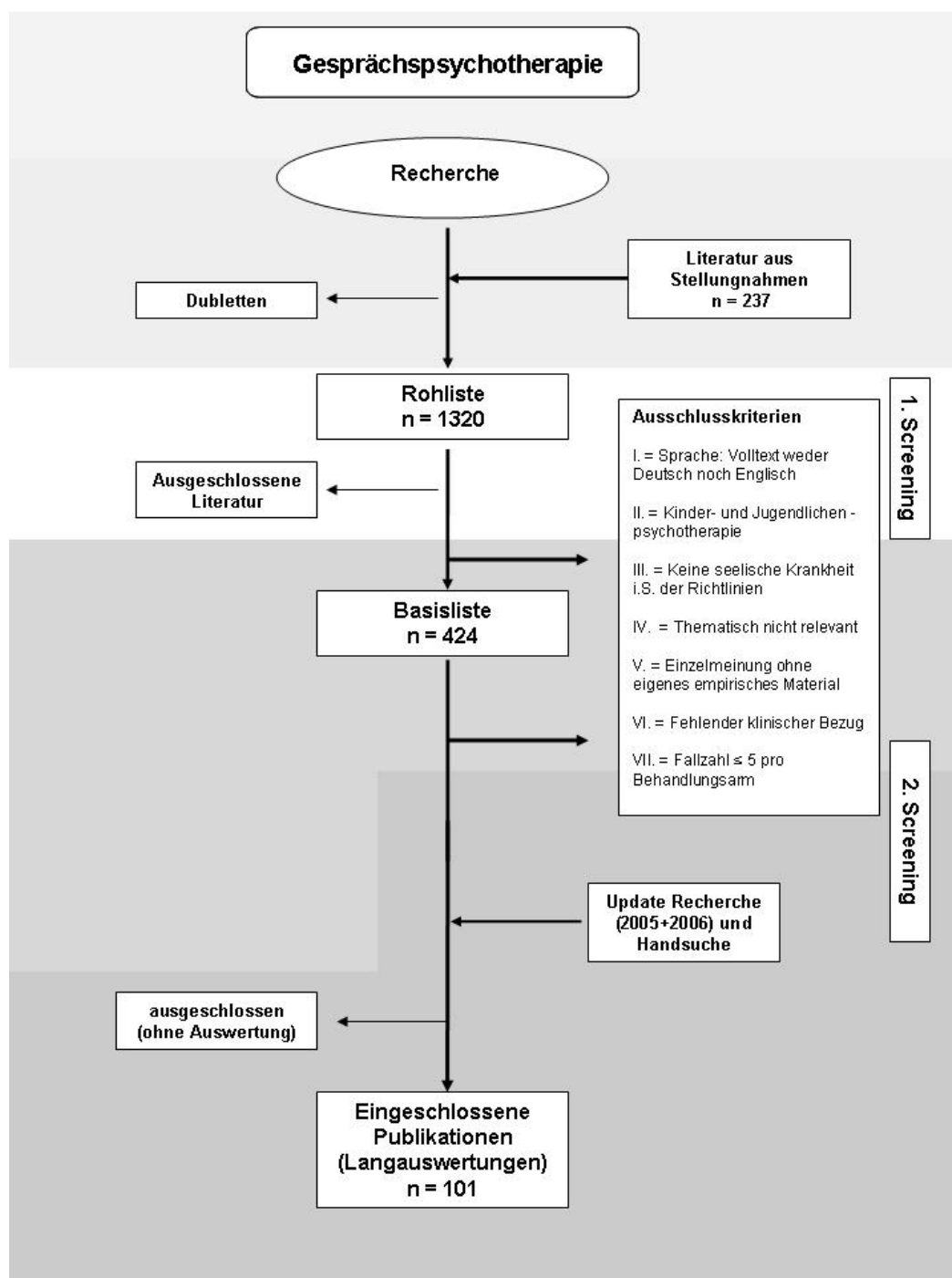
Ein Update der Recherche mit der ausgearbeiteten Suchstrategie in den genannten Datenbanken führte zu 438 neuen Dokumenten.

Die Dubletten Überprüfung aller in die GPT Datenbank importierten Treffer ergab eine Reduzierung von 438 auf 407 Dokumente, die in die Reference-Manager-Datenbank zu Gesprächspsychotherapie aufgenommen wurden

12.1.6 Update im Februar 2006

Insgesamt wurden mit diesem Update 118 neue Dokumente in den Reference Manager importiert (48 Dubletten wurden festgestellt und nicht importiert).

12.1.7 Schematische Übersicht



12.2 Kommentierte Literaturliste – Langauswertungen

Ref ID: 4060

Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? (Manuskript, zur Veröffentlichung eingereicht Zeitschrift Psychotherapeut, Status "accepted"). Manuskript 2006.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3348

Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38 (11): 1203-8.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 855

Beck AT, Sokol L. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (6): 778-83.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 1322

Beutler LE. Differential patient treatment maintenance among cognitive, experiential, and self-directed psychotherapies. *J Psychother Integration* 1993; 3 (1): 15-31.
Kommentar: Langauswertung, Vergleich VT

Ref ID: 200

Beutler LE. Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry* 1981; 44 (4): 297-306.
Kommentar: Langauswertung Vergleich AP

Ref ID: 3138

Blanchard EB, Hickling EJ, Devineni T, Veazey CH, Galovski TE, Mundy E, Malta LS, Buckley TC. A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 2003; 41 (1): 79-96.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1471

Blowers C. Generalised anxiety: A controlled treatment study. *Behav Res Ther* 1987; 25 (6): 493-502.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 1676

Bommert H, Minsel WR. [Empirical control of the effects and processes of client-centered psychotherapy in psychoneurotic clients]. Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse Klienten-Zentrierter Gesprächspsychotherapie bei Psychoneurotischen Klienten. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*. 1972; 1(1): 48-63.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1628

Bommert H. [Connection between waiting and psychic changes in clients in psychotherapeutic counseling]. Zusammenhaenge zwischen Erwartungshaltung und Psychischen Veraenderungen. *Zeitschrift-fuer-Klinische-Psychologie*. 1975; Vol 4(4): 239-249.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 867

Borkovec TD, Mathews AM. Treatment of nonphobic

anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56 (6): 877-84.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 852

Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61 (4): 611-9.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 61

Böhme H, Finke J, Teusch L. Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. [Effects of inpatient client-centered psychotherapy in various illness: 1-year follow-up]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48 (1): 20-9.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 101

Böhme H, Finke J, Gastpar M, Staudinger T. Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. [Change in causal attributions and coping caused by inpatient client-centered psychotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994; 44 (12): 432-9.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 3356

Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 685-716.
Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3020

Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 412-9.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 845

Craske MG, Maidenberg E, Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995; 26 (2): 113-20.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 1826

Dircks P, Grimm F, Tausch AM, Wittern JO. Foerderung

der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. *Z Klin Psychol* 1982; 11 (4): 241-52.

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie;
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie; Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2084

Donati-Cueni RE. Psychodynamische und humanistische Therapien in der empirisch kontrollierten Psychotherapieforschung. [Psychodynamic and humanistic therapies in the empirically controlled psychotherapy research]. Dissertation Universität Bern, 1995.
Kommentar: Langauswertung, Vergleich AP und VT

Ref ID: 2462

Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse, Effekte, Vergleiche. [Inpatient group psychotherapy. Processes, effects, comparisons]. Berlin: Springer.1985.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3421

Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M. [Long-term changes in borderline symptoms of patients after client-centered group psychotherapy]
Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50 (3-4): 140-6.
Schlüsselstudie des WBP;
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung, s.auch Ref ID 3426

Ref ID: 3604

Eckert J, Frohburg I, Kriz J. Patients after change of therapy. Differential therapy indication by the patients themselves? *PSYCHOTHERAPEUT* 2004; 49 (N6) : 415-26.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3352

Eckert J, Frohburg I, Kriz J. Therapiewechsler - Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut* 2004; 49 (6) : 415-26.
Stellungnahme 2004 Dr. Theiling; Stellungnahme 2004 Landeskammer Hessen; Stellungnahme 2004 Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg; Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG; Stellungnahme 2004 Universität Hamburg
Kommentar: Langauswertung Vergleich

Ref ID: 2101

Elliott R. Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. [Are client-centered experiential therapies effective? A metaanalysis of effectiveness research]. *GwG Zeitschrift* 1996; 101: 29-36.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 3253

Elliott R, Greenberg LS, Lietaer G. Research on experiential psychotherapies. In: **Lambert MJ (Eds).** Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th edition. **S.493-540.** New York: Wiley.2004.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologin und Psychologen; Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie; Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin; Stellungnahme 2004 Universität Hamburg; Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung, Metaanalyse

Ref ID: 3252

Elliott R. Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In: **Esser U, Pabst H, Speierer GW (Eds.).** The power of the person-centered approach: New challenges, perspectives, answers. Köln: GwG.1996, S.125-38.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 3259

Elliott R, Clark C, Kemeny V, Wexler MM, Mack C, Brinkerhoff J. The impact of experiential therapy on depression: Initial results. In: **Lietaer G, Rombauts J, Van Balen R (Eds).** Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press.1990, p.549-77.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 943

Elliott R. The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In: **Cain, DJ (Eds).** Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2002, S. 57-81.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Universität Hamburg; Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 3271

Ends EJ, Page CW. A study of three types of group

psychotherapy with hospitalized male inebriates. *Quart J Stud Alcohol* 1957; 8: 263-77.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1734
Ends EJ, Page CW. Group psychotherapy and concomitant psychological change. *Psychol Monogr* 1959; 73 (10) : 1-31.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1867
Engel-Sittenfeld P, Engel RR, Huber HP, Zangel K. Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen. *Z Klin Psychol* 1980; 9 (1): 34-52.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3859
Evans S, Fishman B, Spielman L, Haley A. Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. *Psychosomatics* 2003 ; 44 (1) : 44-50.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2238
EyBell D. Prozeß-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. [Process evaluation of client-centered therapy vs. psychodynamic brief psychotherapy]. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1992; 40 (1): 58-78.
Kommentar: Langauswertung Vergleich TP

Ref ID: 1821
Franke A. Ueberprüfung der Effekte klienten-zentrierter Gruppenpsychotherapie. [Examination of effects in client-centered group psychotherapy]. *Z Klin Psychol* 1977; 6 (4): 244-58.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 834
Friedli K. Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. [see comments.]. *Lancet* 1997; 350 (9092): 1662-5.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3256
Frohburg I. Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus Sicht der Patient(inn)en. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 2003; 34 (4): 233-42.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche

Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Dr. Theiling; Stellungnahme 2004 Landeskammer Hessen; ; Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Stellungnahme 2004 Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg; Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG; Stellungnahme 2004 Universität Hamburg
Kommentar: Langauswertung Vergleich

Ref ID: 3362
Frohburg I. Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. *Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2002; 33 (3) : 196-208.
Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG; Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin; Stellungnahme 2004 Universität Hamburg;
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung Vergleich

Ref ID: 2171
Görgen W. Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. [Client-centered individual psychotherapy with drug addicts in an inpatient setting]. *GwG Zeitschrift* 1993; 92: 26-32.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 2155
Grawe K, Donati R, Bernauer F . Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. [Psychotherapy changing from confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.2001.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen ; Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie; Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin; Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung Vergleich

Ref ID: 2291
Grawe K, Caspar F, Ambühl H. Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. [The Bern comparative therapy study: Comparison of effects and differential indications]. *Z Klin Psychol* 1990; 19 (4): 338-61.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 2292
Grawe K. Die Berner Therapievergleichsstudie:

Prozessvergleich. [The Bern comparative therapy study: Process comparison]. Z Klin Psychol 1990; 19 (4): 316-37. Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review); ; Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1902

Grawe K. Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. (1. Auflage). Bern: Huber. 1976. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch ; Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2290

Grawe K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen. [The Bern comparative therapy study: Summary and conclusions]. Z Klin Psychol 1990; 19 (4): 362-76. Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2293

Grawe K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. [The Bern comparative therapy study: Experimental questions and plan]. Z Klin Psychol 1990; 19 (4): 294-315. Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen;
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1128

Greenberg LS, Watson JC. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. Psychother Res 1998; 8 (2): 210-24. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung, s. auch Ref ID 840 und 3485

Ref ID: 1982

Gruke NR. Psychologische Schmerztherapie bei Patienten unter Knochenmarktransplantation: Eine kontrollierte klinische Studie zur Wirksamkeit differentieller psychologischer Interventionen. [Psychological pain therapy with bone marrow transplant patients: A controlled clinical study on the effects of differential psychological interventions]. RFT:Schlottke, F.; Larbig, H. Dissertation

Universität Tübingen, 1997.

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 2621

Hartmann S, Zepf S. Effectiveness of psychotherapy: A comparison of different psychotherapeutic methods. Forum Psychoanal 2002; 18 (2): 176-96.
Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 1049

Hickling EJ. The psychological treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: Conceptualization and two pilot studies. In: **Hickling EJ, Blanchard EB (Eds).** The international handbook of road traffic accidents & psychological trauma: Current understanding, treatment and law. New York, NY: Elsevier Science. 1999, S. 321-39.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 3262

King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). Health Technology Assessment 2000; 4 (19): 1-84. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 877

Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? Arch Gen Psychiatry 1983; 40 (2): 139-45.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 51

Lader MH. Interaction of pharmacological and psychological treatments of anxiety. Br J Psychiatry Suppl 1998; (34): 42-8.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 274

Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Arch Gen Psychiatry 1975; 32 (8): 995-1008. Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Langauswertung Vergleich

Ref ID: 1131

Markowitz JC. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. Arch Gen Psychiatry 1998; 55 (5): 452-57.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 2384

Matt GE. Behandlungseffekte und Studienmerkmale: Eine meta-analytische Untersuchung zur Praxis der Psychotherapieeffektorschung. [Treatment effects and research characteristics: A metaanalysis of psychotherapy

outcome research]. Gruppendynamik 1987; 18 (4): 345-60.
Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 117

McLean P. Severity of unipolar depression and choice of treatment. Behav Res Ther 1992; 30 (5): 443-51.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 136

McLean PD. Relative endurance of unipolar depression treatment effects: longitudinal follow-up. J Consult Clin Psychol 1990; 58 (4): 482-8.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 866

Meyer AE, Stuhr U. 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: an overview. Psychother Psychosom 1988; 50 (4): 192-200.
Schlüsselstudie des WBP; Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2350

Meyer AE. Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und durch Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. [Effectiveness of psychodynamic versus client-centered therapy in the treatment of affective disorders. Results of a comparative empirical study]. In: **von Zerssen D, Möller HJ (Eds).** Affektive Störungen. Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte. Berlin: Springer 1988, S. 243-58.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Langauswertung Vergleich AP

Ref ID: 1847

Meyer AE. The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 1981; 35 (2-3): 81-207.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch; Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3331

Minsel WR, Bommert H, Bastine R, Lange I, Nickel H, Tausch R. Weitere Untersuchungen der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Z Klinische Psychologie 1972; 3: 232-50.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2540

Moreno AF. Die Behandlung zwanghafter Störungen: Eine Ergebnisstudie. The treatment of obsessive-compulsive disorders: An outcome study. GwG-Info 1983; 51: 141-50.
Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 851

Mulder CL, Emmelkamp PM, Antoni MH, Mulder JW, Sandfort TG, de Vries MJ. Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study. Psychosom Med 1994; 56 (5): 423-31.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);

Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 959

Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. J Trauma Stress 2001; 14 (1): 115-33.
Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie;
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie; Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3596

Paivio SC, Holowaty KAM, Hall IE. The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. Psychotherapy 2004 ; 41 (N1) : 56-68.
Kommentar: Langauswertung, Emotion-focused therapy

Ref ID: 4058

Plog U, Grawe K. Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Bern: Huber. 1976.
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2444

Pomrehn G, Tausch R, Tönnies S. Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie: Prozesse und Auswirkungen nach 1 Jahr bei 87 Klienten. [Person-centered group psychotherapy: Process and effects on 87 clients after one year]. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1986; 5 (1): 19-31.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Langauswertung, Einjahreskatamnese s.auch Ref ID 3268

Ref ID: 3485

Pos AE, Greenberg LS, Goldman RN, Korman LM. Emotional processing during experiential treatment of depression. J Consult Clin Psychol 2003; 71 (6): 1007-16.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Langauswertung, s.auch Ref ID 840 und 1128

Ref ID: 3355

Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992; 60 : 94-103.
Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie, Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1868

Rudolph J. Pruefung der psychischen Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierter Einzel-Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1980; 9 (1) : 23-33.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1915

Ruhmland M. Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. [Effectiveness of psychological treatment for generalized anxiety disorder and social phobia]. *Verhaltenstherapie* 2001; 11 (1): 27-40.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 1914

Ruhmland M. Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. [Effectiveness of psychological treatment for panic disorder and agoraphobia]. *Verhaltenstherapie* 2001; 11 (1): 41-53.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 2179

Sammet-Hofmann I. Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. [Results and problems of time series single-case analysis of client-centered and psychodynamic brief psychotherapy]. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1994; 42 (1): 27-41.

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 285

Sander K, Langer I, Bastine R, Tausch AM, Tausch R, Wicznerkowski W. Gesprächspsychotherapie bei 73 psychoneurotischen Klienten mit alternierenden Psychotherapeuten ohne Abwahlmöglichkeit. [Conversational psychotherapy in 73 psychoneurotic clients with alternating psychotherapists without selective choice]. *Z Klin Psychol Psychother* 1973; 21 (3): 218-29. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3424

Satz P, Baraff A. Changes in the relation between self concepts and ideal-concepts of psychotics consequent upon therapy. *J Gen Psychol* 1962; 67: 291-8.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3223

Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995; 50 (12): 965-74.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 3267

Shaffer CS, Shapiro J, Sank LI, Coghlan DJ. Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cogn Ther Res* 1981; 5 (2): 149-57.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche

Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 106

Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (5): 395-401.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)5 ; Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 12

Shear MK. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (12): 1993-8.

Kommentar: Langauswertung, Emotion-focused therapy

Ref ID: 1647

Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32 (9): 752-60.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 221

Speierer GW. Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie Patienten, Symptome, Diagnosen, Behandlungsdauer, Testbefunde, Behandlungsergebnisse. [Results of outpatient, patient-directed psychotherapy. Patients, symptoms, diagnosis, length of treatment, test results, treatment results]. *Fortschr Med* 1979; 97 (35): 1527-33.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2076

Speierer GW. Neuere empirische Ergebnisse zur Therapie, Diagnostik und Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. [Recent empirical results on therapy, diagnosis, and effectiveness of client-centered psychotherapy]. *Psychologie in der Medizin* 1996; 7 (3): 8-14.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 3272

Speierer GW. AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: **Speierer GW (Eds).** Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG. 2000, S. 31-48.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, Stat. Katamnese

Ref ID: 844

Stanley MA, Beck JG, Glassco JD. Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary

comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behav Ther* 1996; 27 (4): 565-81.

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 2373

Stuhr U. Clusteranalytische Identifikation von Therapieerfolgsgruppen. [Cluster-analytic identification of successful treatment groups]. In: **Quint H, Janssen PL (Eds).** Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse. Berlin: Springer. 1987, S. 142-8.

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 52

Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy: a pilot process-outcome study. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (11): 691-6.

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 2667

Svartberg MS. Cognitive change before, during, and after short-term dynamic and nondirective psychotherapies: A preliminary growth modeling study. *Psychother Res* 2001; 11 (2): 201-19.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP

Ref ID: 15

Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M. Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment. An empirical follow-up study. *Psychother Psychosom* 2001; 70 (6): 328-36.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 130

Teusch L, Böhme H. Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. [What is the result of an inpatient treatment program with client-centered psychotherapy emphasis in patients with agoraphobia and/or panic? Results of a 1-year follow-up]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1991; 41 (2): 68-76.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, Stat. (s.auch Ref ID 835)

Ref ID: 835

Teusch L, Böhme H, Gastpar M. The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioral exposure. *Psychother Psychosom* 1997; 66 (6): 293-301.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2478

Teusch L. Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. An empirical contribution to client-centered psychotherapy for schizophrenic patients. *GwG-Info* 1984; 55: 79-91.

Kommentar: Langauswertung, Stat. Keine Kontrollgruppe

Ref ID: 3076

Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B. Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychother Res* 2003; 13 (3): 307-22.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 20

Teusch L, Böhme H, Finke J. Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. [Conflict-centered individual therapy or integration of psychotherapy methods. Process of change in client-centered psychotherapy with and without behavioral exposure therapy in agoraphobia with panic disorder]. *Nervenarzt* 2001; 72 (1): 31-9.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Langauswertung, Stat., GT vs GT + Reizkonfront.

Ref ID: 3263

Teusch L, Böhme M. Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered "nonprescriptive" treatment exposure. *Psychother Res* 1999; 9 (1): 115-23.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 1941

Tscheulin D, Walter-Klose C, Wellenhöfer G. Effektivität personenzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. [Effectiveness of client-centered inpatient psychotherapy at the Hochgrat-Klinik: A follow-up study of 1,550 patients focusing on quality control]. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 2000; 31 (1): 35-44.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, Stat.

Ref ID: 2039

Tschuschke V. Was leisten Psychotherapien? Ein Beitrag zur Debatte über differentielle Effekte verschiedener Behandlungskonzepte. [What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts]. In: **Esser U, Pabst H, Speierer GW (Eds).** The power of the person-centered approach. New challenges, perspectives, answers. Köln: GwG. 1996, S. 159-81.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

(DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2015

Wuchner M. Behandlungsergebnisse von Borderline-Patienten nach klientenzentrierter Psychotherapie Treatment results of borderline patients after client-centered psychotherapy. Hamburg: Universitaet. 1997.

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 2439

von Zerssen D. Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. [Psychotherapy outcome research in the Federal Republic of Germany]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1986; 36 (1): 8-17.

Kommentar: Langauswertung Vergleich AP und VT

Ref ID: 998

Ward E. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321 (7273): 1383-8.

Kommentar: Langauswertung Vergleich VT

Ref ID: 840

Watson JC, Greenberg LS. Pathways to change in the psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome. *Psychotherapy* 1996; 33 (2): 262-74. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, (s. auch Ref ID 1128 und 3485)

Ref ID: 3111

Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (4): 773-81.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Langauswertung

Ref ID: 3268

Westermann B, Schwab R, Tausch R. Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Z Klin Psychol* 1983; 12: 273-92.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Langauswertung, (s. auch Ref ID 2444)

Ref ID: 3236

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zum Nachantrag der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. Gutachten vom 16. September 2002.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

12.3 Kommentierte Literaturliste – Kurzauswertungen / Ausschlüsse im 2. Screening

Ref ID: 3727

Neues Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie von Jobst Finke. Psychoneuro 2005 ; 31 (01).

Kommentar: Buch

Ref ID: 3397

Abramowitz C, Abramowitz S, Roback H, Jackson C. Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1974; 42, 849-53.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Keine seelische Krankheit i.S. der Richtlinien

Ref ID: 401

Ahn H-N. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. Journal of Counseling Psychology 2001; 48 (3) : 251-7.

Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3900

Altenhöfer A. Wirksamkeit von zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie bei Anpassungsstörungen. (Schriftenreihe: Schriften zur Medizinischen Psychologie. Band 13). Hamburg : Dr.Kovac.2005.

Kommentar: Buch (Manuskript zur Publikation Ref ID 4060)

Ref ID: 3425

Angulo FM. Die Behandlung zwanghafter Störungen: Eine Ergebnisstudie. Informationsblätter der Gesellschaft Wissenschaftlicher Gesprächspsychotherapie 1983; 51: 141-50. Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Dublette

Ref ID: 2331

Arnold E, Grawe K. Deskriptive Einzelfallanalysen. Eine Strategie zur Untersuchung von Wirkungszusammenhängen in der Psychotherapie. [Descriptive single case analysis. A strategy for evaluating treatment effectiveness in psychotherapy]. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 1989; 37 (3): 262-76.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2142

Arnold J. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung.[Client-centered psychotherapy and cognitive therapy of anorexia nervosa: Treatment effects and course of outpatient treatment]. Wuppertal: Universität Gesamthochschule.1993.

Stellungnahme Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 3388

Asay TP, Lampert MJ. Empirische Ergebnisse für die alle Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: **Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Eds)** So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Modernes Leben.2001.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3353

Auckenthaler A. Superversion psychotherapeutischer Praxis. Organisation - Standards - Wirksamkeit. Stuttgart: Kohlhammer.1995.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 1792

Auckenthaler A. Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse. [Research on client-centered therapy]. In: **Frenzel P, Keil WW, Schmid, PF, Stölzl N (Eds)**. Klienten-/Person-zentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas. 2001, S. 393-411.

Kommentar: Dublette. Bezug auf Elliott, Grawe und Greenberg

Ref ID: 2140

Auckenthaler A. Was wirkt in der klientenzentrierten Psychotherapie? Zur Abgrenzung der "therapeutischen Kernbedingungen" vom "therapeutischen Basisverhalten" "What is effective in client-centered therapy. Psychologie in der Medizin 1994 ; 5 (4) : 28-31.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3240

Auckenthaler A, Höger D, Kriz J. Öffentliche Erklärung zur Ablehnung der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren gemäß den Psychotherapie-Richtlinien. Offener Brief vom 3.März 1998.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material

Ref ID: 3728

Auckenthaler A, Bischkopf J. Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? PiD - Psychotherapie im Dialog 2004 ; 5 (4) : 388-92.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3819

Aviram RB, Hellerstein DJ, Gerson J, Stanley B. Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. Journal of Psychiatric Practice 2004; 10 (3) : 145-55.

Kommentar: Thematisch nicht relevant, Supportive therapy

Ref ID: 3824

Bachar E, Canetti L, Yonah I, Bonne O. Group Versus Individual Supportive-Expressive Psychotherapy for Chronic, Symptomatically Stabilized Outpatients. Psychotherapy Research 2004 ; 14 (2) : 244-51.

Kommentar: Thematisch nicht relevant, Supportive expressive therapy

Ref ID: 3369

Baumann U. Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. ZSS Report Psychologie 1996; 9 : 686-99.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3367

Behr M, Esser U, Petermann F, Sachse R, Tausch R. Jahrbuch Personzentrierte Psychologie u.

Psychotherapie, Band IV. Köln: GwG-Verlag.1994.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 3398

Bergin A, Garfield S (Eds.). Handbook of psychotherapie and behavior change. 4.ed. New York: Wiley.1974.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 3885

Bergmann R. Katamnestiche Untersuchungen bei ambulant behandelten neurotischen Patienten mit patientenzentrierter Psychotherapie. Berlin: Humboldt Universität, Institut für Psychologie.1971.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3370

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. Untersuchung

Kostenerstattungsverfahren. Report Psychologie 1997; 1 : 11-3.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 129

Beutler LE, Engle D, Mohr D, Daldrup RJ, Bergan J, Mederith K, Merry W. Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. J Consult Clin Psychol 1991; 59 (2): 333-40.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1372

Beutler LE. University of Arizona: Searching for differential treatments. In: Beutler LE, Crago M (Eds).

Psychotherapy research: An international review of programmatic studies. Washington: American Psychological Association. 1991, S. 90-7.

Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3368

Beutler LW, Engle D, Mohr D, Daldrup RJ, Bergan

J, Merry W. Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59 (2) : 333-40.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen;

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Dublette

Ref ID: 3371

Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz HJ.

Gesprächspsychotherapie. Stuttgart:

Kohlhammer.2003.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen;

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 3426

Biermann-Ratjen EM, Eckert J.

Gesprächspsychotherapie bei Borderline-

Persönlichkeitsstörungen. PPT

Persönlichkeitsstörungen 1999; 3: 90-7.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1910

Biermann-Ratjen EM. Gespraechspsychotherapie.

Veraendern durch Verstehen. Stuttgart:

Kohlhammer.1979.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3190

Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz H.J.

Gesprächspsychotherapie, 8. Auflage. Stuttgart:

Kohlhammer.1997.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche

Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3567

Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz HJ.

Gesprächspsychotherapie Verändern durch

Verstehen. [Client-centered therapy, Changing via

understanding]. Hamburg: Universitätskrankenhaus

Eppendorf.2003.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1883

Binder HJ. Behandlungsdauer bei klientenzentrierter

Psychotherapie. Eine kritische Analyse. GwG-Info

1979; 36: 1-21.

Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 2135

Binder U, Binder J. Studien zu einer

störungsspezifischen klientenzentrierten

Psychotherapie. Schizophrene Ordnung,

psychosomatisches Erleben, depressives Leiden.

[Studies of a disorder-specific, client-centered

psychotherapy: Schizophrenic, psychosomatic, and

depressive disorders]. Eschborn: Klotz.1991.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche

Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 809

Birmaher B. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000; 57 (1): 29-36. Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch; Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3372

Birtsch V, Tscheulin D. Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie. Weinheim: Beltz. 1980.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 3739

Blanchard EB, Hickling EJ. Supportive psychotherapy manual. In: **Blanchard, EB; Hickling EJ (Eds.)**. After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents. New York: Albany. 2004, S. 397-406.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3221

Blaser A. Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Bern: Huber. 1977.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 3202

Boeck-Singelmann C. Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte, Band 2: Anwendung und Praxis. Göttingen: Hogrefe. 1996.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3373

Boeck-Singelmann C, Ehlers B, Hensel T, Kemper F, Mindeln-Engelhardt C. Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3 Störungsspezifische Falldarstellungen. Göttingen: Hogrefe. 2003.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 2199

Boeck-Singelmann C, Schwab R, Tönnies S. Klientenzentrierte Psychotherapie in Form von Teamtherapie. [Client-centered therapy as team therapy]. In: **Behr M, Esser U, Petermann F, Pfeiffer WM, Tausch R (Eds.)**. Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 3. Köln: GwG. 1992, S. 9-23.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Fehlender klinischer Bezug, Teamtherapie

Ref ID: 3244

Bommert H, Dahlhoff HD. Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg. 1978.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3886

Bommert H. Die Prozessvariablen SE und VEE in ihrer Bedeutung für die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation Universität Hamburg, 1971.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1694

Bommert H. Contribution concerning three research projects with client-centered psychotherapy. Praxis-der-Klinischen-Psychologie 1971; 2: 151-157.

Kommentar: Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material, Fehlende Überprüfbarkeit der Ergebnisse

Ref ID: 868

Borkovec TD, Mathews AM, Chambers A, Ebrahimi S, Lytle R, Nelson R. The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. J Consult Clin Psychol 1987; 55 (6): 883-8.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3650

Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine 2003; 33 (N2) : 203-15.

Kommentar: Dublette, Bezug auf Ward, King und Friedli- Studien

Ref ID: 997

Bower P. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. BMJ 2000; 321 (7273): 1389-92.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1732

Boy AV. An experimental study of the effectiveness of client-centered therapy in counseling students with behavior problems. Dissertation-Abstracts. 1961; 21: 2010-2011.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d. Richtlinien

Ref ID: 1918

Böhme H. Stationäre störungsspezifische Gesprächspsychotherapie: Bisherige Erfahrungen mit dem Basisprogramm und Kombinationen mit VT-Reizkonfrontation oder Psychopharmaka. [In patient disorder-specific client-centered therapy: Experiences

with a basic program and combinations with behavioral exposure therapy versus drug therapy.] In : **Bassler, M (Eds.)**: Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999. Gießen: Psychosozial-Verlag.2000, S. 73-87. Gießen: Psychosozial-Verlag.2000.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3258

Böhme H, Teusch L, Finke J . Psychotherapy alone compared to combination with naturalistically applied antidepressants in mild to moderate depression - a matched comparison. Psychother Psychosom (zum Druck eingereicht).

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: nicht beschaffbar

Ref ID: 3264

Böhme H, Teusch L, Finke J . Problembearbeitung in stationärer Psychotherapie mit oder ohne Psychopharmaka (Antidepressiva, Anxiolytika). Berichtsband über die 10. Mainzer Werkstatt Empirische Forschung über stationäre Psychotherapie. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: nicht beschaffbar

Ref ID: 3905

Braaten LJ. The effects of person-centered group therapy. Person-Centered Review 1989; 4 : 183-209.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d.

Richtlinien

Ref ID: 3222

Brockmann J, Schlueter T, Brodbeck D, Eckert J. Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien - Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. [Effects of psychoanalytically oriented and of behavioral long-term therapies. A comparative study]. Psychotherapeut 2002; 47 (6): 347-55.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant, Vgl. VT und AP

Ref ID: 1898

Bruhn M, Schwab R, Tausch R. Die Auswirkungen intensiver personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen. Z Klin Psychol 1980; 9 (4): 266-80.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1858

Bruhn M. Kurz- und laengerfristige Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen (Encounter) bei Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. Hamburg. Universität.1978.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3361

Buchkremer G, Klingberg S. Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Der Nervenarzt 2001; 72 : 20-30.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3238

Bundesministerium für Jugend FuG. Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychthG -). Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 1978; (10): 76-83.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3374

Butollo W, Piesbergen C, Höfling S. Ausbildung und methodische Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeuten - Ergebnisse einer Umfrage. Report Psychologie 1996; 21 (2) : 126-37.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3836

Calabro E. Rational emotive behavior play therapy vs. client-centered therapy. Dissertation Abstracts International, Section B 2003 ; 64 (2-B) : 957.

Kommentar: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Ki

Ref ID: 3420

Carkhuff RR, Truax CB. Lay mental health counseling. The effects of lay group counseling. J Consult Psychol 1965; 29 (5): 26-31.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3357

Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1998; 66 : 7-18.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3907

Clarke KM. Creation of meaning in incest survivors. Journal of Cognitive Psychotherapy 1993; 7 : 195-203.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Gestalt vs VT

Ref ID: 3906

Clarke KM, Greenberg LJ. Differential effects of the gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. Journal of Counseling Psychology 1986; 33 : 11-5.

Kommentar: thematisch nicht relevant, keine GT

Ref ID: 3440

Collins F, Deady D. Cognitive behavioural therapy

and client-centred counselling. Nurs Times 2003/2004 ; 99 (50) : 34-6.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d. Richtlinien, Nurse education

Ref ID: 1748

Cowen EL. Follow-up study of 32 cases treated by nondirective psychotherapy. J Abnorm Soc Psychol 1950; 45: 232-58.

Kommentar: Keine seelische Krankheit i. S. der Richtlinien

Ref ID: 783

Cramer D. Towards assessing the therapeutic value of Rogers's core conditions. Counselling Psychology Quarterly 1990; 3 (1): 57-66.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 878

Cross DG, Sheehan PW, Khan JA. Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. J Consult Clin Psychol 1982; 50 (1): 103-12.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3428

Cross DG, Sheehan PW, Khan JA . Alternative advice and counsel in psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1980; 48 (5) : 615-25.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3891

Dahl AA, Waal H. An outcome study of primal therapy. Psychother Psychosom 1983; 39 (3): 154-64.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 2089

Dahme B. Synopse der Richtlinien klinisch-psychologischer/psychotherapeutischer Weiterbildungsgänge. [Synopsis of the guidelines for clinical psychology/psychotherapy training curricula]. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.1991.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3399

Davison G, Neale J. Klinische Psychologie. 5. Aufl. Weinheim: Psychologie Verl.Union.1998.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 3400

Day S, Schneider P. Psychotherapy using distance technology: A comparison of face to face. Video and audio treatment. J Counseling Psychology 2002; 49: 499-503.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3638

Dessalles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. American Journal of Family Therapy 2003; 31 (N5) : 345-53.

Kommentar: thematisch nicht relevant, EFT Paartherapie

Ref ID: 3237

Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht über die Lage der

Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

Bundestagsdrucksache 7/4200, S.332.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche

Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3887

Di Loreto AO. Comparative psychotherapy - an experimental analysis. Chicago: Aldine-Atherton Inc.1971.

Kommentar: Buch

Ref ID: 2193

Diepffen R. Münchhausen-Statistik. Eine Randbemerkung zu einer Argumentationsfigur von Grawe (1992). [Muenchhausen statistics. A marginal note on an argumentation figure of Grawe (1992)]. Psychol Rundschau 1993; 44 (3): 176-7.

Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3359

Dobson KS, Craig KD, Eds. Empirically supported therapies. Best Practice in Professional Psychology. London: Sage Publ.1998.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Buch

Ref ID: 3401

Doll G, Feindt K, Kühne A, Langer I, Sternberg W, Tausch A. Klientenzentrierte Gespräche mit Insassen eines Gefängnisses über Telefon. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1974; 3 : 39-56.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3375

Driessen M. Psychotherapie in der Praxis niedergelassener Ärzte und Psychologen, Psychotherapie, Psychosomatik. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 1996; 46 (314) : 93-8.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3982

Duggan R. Reflection as a means to foster client-centred practice. Canadian Journal of Occupational Therapy 2005; 72 (2): 103-12.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3230

Eckert J, Wuchner M. Frequenz - Dauer - Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen. GwG Zeitschrift 1994; 95: 17-20.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche

Psychologische Gesellschaft für

Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3224

Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Speidel H. Der Bedarf poliklinischer Institutionen aus der Sicht klinisch tätiger Psychiater. Therapiewoche 1977; 27: 3567-74.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3402

Eckert J, Schwartz H-J, Tausch R. Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1977; 6 : 177-84.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1891

Eckert J. Zur Praediktion der Effekte einer Gesprächspsychotherapie anhand eines Indikations-Interviews. Z Klin Psychol Psychother 1979; 27 (1): 22-9.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3211

Eckert J, Höger D, Linster HWE. Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln: GwG-Verlag.1993.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3254

Eckert J, Kriz J. Humanistische Psychotherapieverfahren. In: **Senf W, Broda M (Eds).** Praxis der Psychotherapie, 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.2004.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Buch

Ref ID: 1400

Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Client-centered therapy versus psychoanalytic psychotherapy: Reflections following a comparative study. In: **Lietaer G, Rombauts J, Van Balen R (Eds).** Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press. 1990, p. 457-68.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1841

Eckert J. Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. Empirische Untersuchungen ueber wirksame Faktoren im gruppenpsychotherapeutischen Prozess. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1981; 17 (2): 142-62.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3724

Eckert J, Frohburg I, Kriz J. "Floating" patients - Differential therapy indication by the patients themselves? Therapiewechsler - Differenzielle Therapieindikation durch die Patienten? Psychotherapeut 2004 ; 49 (6) : 415-26.
Kommentar: Dublette

Ref ID: 3191

Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Ein heimlicher Wirkfaktor. Die "Theorie des Therapeuten. In: **Tschuschke V, Czogalik D (Eds).** Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Springer: Berlin/Heidelberg/New York. 1990, S. 272-87.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material

Ref ID: 2082

Eckert J. Wie effektiv ist Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Gesprächspsychotherapie. [How effective is client-centered therapy really? The significance of time in client-centered therapy]. GwG Zeitschrift 1996; 102: 35-8.
Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1894

Eckert J. Ueberpruefung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der "Ansprechbarkeit" des Klienten bei Gespraechspsychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. Z Klin Psychol 1979; 8 (3): 169-80.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 2051

Eckert J. Langzeitentwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. [Long-term development of borderline personality disorder] In: **Hutterer, R; et al (eds).** Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt: Lang.1996, S. 213-233.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3681

Eckert J, Hartmann S, Zepf S. Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. [About the efficacy of client-centered psychotherapy]. Forum der Psychoanalyse 2004; 20 (2) : 244-7.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3188

Eckert J, Höger D, Linster HWE. Praxis der Gesprächspsychotherapie: Störungsbezogene Falldarstellungen. Stuttgart: Kohlhammer.1997.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Buch

Ref ID: 3892

Eckert J. Gesprächspsychotherapie. In: **Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Eds).**

Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer. 1996, S. 124-91.
Kommentar: Buch

Ref ID: 1631

Eckert J. Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. [Correspondence of client experiences and psychological changes during client-centered therapy]. Zeitschrift-fuer-Klinische-Psychologie. 1977; Vol 6(3): 177-184.
Kommentar: thematisch nicht relevant; Dublette

Ref ID: 3908

Edelmann S, Bell DR, Kidman AD. Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. Journal of Cognitive Psychotherapy 1999; 13 : 189-202.
Kommentar: thematisch nicht relevant, Supportive Therapy

Ref ID: 2328

Ehlers G. Untersuchungen zur Effizienz der Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Kurpatienten. Studies on the efficiency of psychotherapy applied to psychosomatic patients in a health resort. In: **Schröder, H et al (Eds):** Beiträge zur Theorie und Praxis der Medizinischen Psychologie. Leipzig: Universität. 1987, S. 47-60.
Kommentar: Buch

Ref ID: 847

Elkin I. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 1995; 63 (5): 841-7.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2741

Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 1. [Process-experiential psychotherapy - An overview: Part 1]. Psychotherapeut 1999; 44 (4): 203-13.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 472

Elliott R. Prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie - Ein Überblick: Teil 2. [Process-experiential psychotherapy - An overview: Part 2]. Psychotherapeut 1999; 44 (6): 340-9.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3737

Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Research on the effectiveness of process-experiential therapy. In: **Elliott R; Watson JC et al (Eds.).** Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change, S.43-51.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3949

Encinares M, Golea G. Client-centered care for individuals with dual diagnoses in the justice system. J

Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2005; 43 (9): 29-36.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1814

Ernst H. Psychotherapie hilft (meistens) Ergebnisse der Umfrage ueber Therapie-Erfolg. Psychologie heute 1982; 9 (9) : 49-61.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 2500

Esser P. Auswirkungen einer erlebnisorientierten Psychotherapie auf Prozeß- und Erfolgsmerkmale unter besonderer Berücksichtigung der Klientenvariable "Experiencing". [Effects of experience-oriented psychotherapy on process and outcome characteristics under special consideration of the client variable "experiencing"]. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1984; 3 (2): 221-31.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1798

Esser P. Zur Effektivität einer erlebnisorientierten Psychotherapie. Eine kontrollierte klinische Untersuchung der Auswirkungen einer Kombination von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Erlebnisaktivierenden Interventionen auf das Selbsterleben ("Experiencing") von Klienten sowie auf Merkmale des Therapieverlaufes und -erfolges. In: **Bommert H; Plessen U (eds.),** Münster: Universität. 1981.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3149

Evans S, Fishman B, Spielman L, Haley A. Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. Psychosomatics 2003; 44 (1): 44-50.
Kommentar: Dublette

Ref ID: 3335

Eymael J. Gedagstherapie en client-centered therapie vergeleken. Leuven: Acco, 1987.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Sprache (weder Deutsch noch Englisch)

Ref ID: 3214

Faber FR, Haarstrick R. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (5. Auflage). München: Urban & Fischer. 1999.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3351

Faber FR, Haarstrick R. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien; 6. Aufl. S. 25-8.
Stellungnahme 2004 Dr. Theiling; Stellungnahme 2004 Landeskammer Hessen; Stellungnahme 2004 Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg
Kommentar: Buch

Ref ID: 1860

Fatzer G. Die Gruppe als Methode. Gruppendynamische und gruppentherapeutische

Verfahren und ihre Wirksamkeit. Weinheim:
Beltz.1980.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1006

Faucette MR. Group treatment of battered women: A comparison of a cognitive-behavioral and supportive therapy intervention. Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering 2000; 60 (7-B): 3561.

Kommentar: Abstract Publikation

Ref ID: 1838

Feindt K. Ueberprüfung des Therapieerfolgs und Untersuchung der Prozesse von Gesprächspsychotherapien mit Klienten geringerer Schulbildung. In: **Tausch R; Langer I (Eds.)**. Hamburg: Luedke.1980.

Kommentar: Buch

Ref ID: 886

Fife BL. Reducing parental overprotection of the leukemic child. Soc Sci Med 1978; 12 (2A): 117-22. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Keine seelische Krankheit i.S. der Richtlinien

Ref ID: 3192

Figge P, Schwab R. Klientenzentrierte Psychotherapie in Gruppen. Objektiver und subjektiver Therapieerfolg unter dem Einfluss der erlebten Beziehung zum Therapeuten. Z Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 1997; (1): 22-36. Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: nicht beschaffbar

Ref ID: 2757

Finke J, Teusch L. Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. [Outlines of a manual-directed client-centered therapy of depressive disorders]. Psychotherapeut 1999; 44 (2): 101-7.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3215

Finke J. Empathie und Interaktion. Stuttgart/New York: Thieme.1994.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche

Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 97

Finke J, Teusch L, Gastpar M. Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik--eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. Psychotherapy in the psychiatric clinic--an empirical study of the expectations of patients. Psychiatrische Praxis 1995; 22 (3): 112-6.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3265

Finke J, Böhme H, Teusch L. Effekte der Kombinationstherapie: Psychotherapie mit und ohne Psychopharmaka. In: **Speierer GW (Eds)**. Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG.2000, s.11-9. Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3260

Fleming BM, Thornton DW. Brief reports: Coping skills training as a component in short-term treatment of depression. J Consult Clin Psychol 1980; 48 (5): 652-4.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1865

Franke A. Ueberprüfung der Effekte klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. In: **Schulte D; Kemmler L; Graefe O (eds.)**. Bochum: Universität.1975.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3354

Franks CM, Wilson GT, Eds. Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice. New York: Bruner.1978.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Buch

Ref ID: 3391

Frohburg I. Gesprächspsychotherapie - ein wissenschaftliches Verfahren. Psychologie Report 2000 ; 1: 26-8.

Stellungnahme Fr. Prof. Dr. Frohburg

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3392

Frohburg I. Zum Erfahrungshintergrund ost-deutscher Gesprächspsychotherapeuten. Psychother Psychosom Med Psychol 1998; (6): 205-14.

Stellungnahme Fr. Prof. Dr. Frohburg

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3390

Frohburg I. Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. (in Druck). Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2004; (4).
Stellungnahme Fr. Prof. Dr. Frohburg; Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG; Stellungnahme 2004 Universität Hamburg
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3363

Frohburg I. Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. Psychologie Report (eingereicht) 2004.
Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3366

Frohburg I. Qualitätssicherung im Anwendungsfeld "Gesprächspsychotherapie". In: **Härtel, M.; Linster, H.-W.; Stieglitz, R.-D. (Eds):** Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung. Göttingen: Hogrefe, 2003, S. 257-266.
Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Buch

Ref ID: 3376

Frohburg I. Psychotherapie-Ausbildung. Ein Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung von Zielstellungen, Inhalten und Methoden. Z Psychologie 1988; Suppl.10.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3893

Frohburg I. Untersuchungen zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeut(inn)en. In: **Märtens M, Petzold H (Eds).** Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald. 2002, S. 72-88.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3377

Frohburg I. Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV. Psychotherapeutenjournal 2004; 4 : 320-6.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Stellungnahme Fr. Prof. Dr. Frohburg; Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 55

Frohburg I. Zum Erfahrungshintergrund ost deutscher Gesprächspsychotherapeuten. Ein Beitrag zur "International Study for Development of Psychotherapists" des SPR - Collaborative Research Network. [Experience of client-centered psychotherapists in East Germany. Contribution fo the "International Study for Development of Psychotherapists"--Collaborative Research Network]. Psychother Psychosom Med Psychol 1998; 48 (6): 205-14.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3528

Frohburg I. Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Arguments for the integration of client-centered therapy into the catalogue of statutory health insurance coverage.

Psychotherapeutenjournal 2004 ; 3 (4) : 320-26.

Kommentar: Dublette

Ref ID: 3894

Frohburg I, Jacob A. Adaptive Interventionsstrategien in der Gesprächspsychotherapie. In: **Frohburg I, Schönian S (Eds).** Adaptive Strategien in der Psychotherapie. Berlin: Verlag der Gesellschaft für Psychologie der DDR. 1989, S. 15-34.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3231

Frohburg I, Auckenthaler A. Die Gesprächspsychotherapie in der universitären Ausbildung und Forschung der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. GwG Zeitschrift 1996; 103: 14-8.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3559

Frohburg I. Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. Ein empirischer Beitrag zur Diskussion um die Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als kassenärztliches Richtlinien-Verfahren. [Different psychotherapy methods from the patients' perspective. An empirical contribution to the extension and improvement of statutory health care by the application of client-centered therapy as a guideline method]. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2003 ; 34 (4) : 233-42.
Kommentar: Dublette

Ref ID: 3225

Frohburg I. Blickrichtung Psychotherapie: Potenzen - Realitäten - Folgerungen. Berlin: Schriftenreihe Öffentliche Vorlesungen der Humboldt-Universität, Heft 73.1995.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1972

Frohburg I. Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. [Quality control in outpatient client-centered therapy]. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 1999; 30 (1): 14-27.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3610

Frohburg I. Long-term effects of client-centered therapy. Synopsis. Zeitschrift f Klinische Psychologie u Psychotherapie 2004 ; 33 (N3) : 196-208.
Kommentar: Dublette

Ref ID: 3171

Gaynor ST, Weersing VR, Kolko DJ, Birmaher B, Heo J, Brent DA. The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (2): 386-93.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3246

Gendlin ET. *Focusing.* New York: Bantam.1978.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3245

Gendlin ET. *Experiencing and the creation of meaning.* New York: The Free Press of Glencoe.1962.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3241

Gendlin ET. Client-centered and experiential psychotherapie. In: Wexler D, Rice LN (Eds). *Innovations in client-centered therapy.* New York: Wiley.1974.S.211-46.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1205

Gendlin ET. *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.* New York: Guilford Press.1996.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3247

Gendlin ET. *Focusing.* Reinbek: Rowohlt.1981.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3248

Gendlin ET, Wiltschko J. *Focusing in der Praxis.* Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett.1999.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3896

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Zuordnung der dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie eingereichten Wirksamkeitsstudien nach den hierarchisierten Evidenzstufen I-III der BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, unveröffentlichte Dokumentation vom November 2002.

Kommentar: Buch (unveröffentlicht)

Ref ID: 2170

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie. Ausbildungsrichtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie *Training guidelines of the Society for Advanced Client-Centered Therapy.* GwG Zeitschrift 1993 ; 92 (Beihefter): 1-20.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3239

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (DPGG). Ausbildung in Gesprächspsychotherapie. *Muster-Curriculum für die vertiefte Ausbildung in Gesprächspsychotherapie nach §§ 6ff PsychThG.* Ausbildungsprogramm, Stand September 2002.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GwG
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1643

Gladstein GA. Empathy and counseling outcome: An empirical and conceptual review. *Couns Psychol* 1977; 6 (4): 70-9.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3403

Grawe K, Caspar F, Ambühl H. *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich.* Zeitschrift für Klinische Psychologie 1990; 19 (4) : 287-376.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch;
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: falsches Zitat

Ref ID: 3404

Grawe K. *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.1998.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3193

Grawe K. *Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre.* Psychologische Rundschau 1990; 43: 132-62.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen ; Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie;
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Publ. s. Ref ID 2290-2293

Ref ID: 3897

Grawe K. Vergleichende Psychotherapieforschung. In: **Minsel WR, Scheller R (Eds).** Brennpunkt der klinischen Psychologie - Band 1: Psychotherapie. München: Kösel. 1981, S. 149-83.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3378

Grawe K. Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 1995 ; 40 : 130-45.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3210

Greenberg LS, Watson JC, Lietaer G (Eds). Handbook of experimental psychotherapy. New York: Guilford Press.1998.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3869

Greenberg LS, Elliott R, Lietaer G. Research on Experiential Psychotherapies. In: **Bergin AE, Garfield SL (Eds.):** Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes. New York: J. Wiley Sons., 1994. S. 509-39.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Buch

Ref ID: 1969

Greenberg LS. Forschung zur gestalttherapeutischen Behandlung von Depressionen. Research on Gestalt therapy of depressions. In: **Fuhr, R (Eds.):** Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.1999, S.1121-1135.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3623

Greenberg LS. Emotion-focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy 2004 ; 11 (N1) : 3-16.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3261

Greenberg LS, Goldman R, Angus L. The York II psychotherapy study on experiential therapy of depression. Unpublished manuscript, York University.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3422

Gruen W. Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks. J Consult Clin Psychol 1975; 43 (2): 223-32.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3884

Haimowitz NR, Haimowitz ML. Personality changes in client-centered therapy. In: **Wolff W, Precher JA (Eds).** Success in psychotherapy. New York: Grune &

Stratton. 1952, p. 63-93.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1379

Hand I. Die Berner Therapievergleichsstudie: Was sollte verglichen werden, was wurde verglichen--was wurde gefolgert und was kann gefolgert werden.
Kommentar. [The Bernese comparative treatment study: A critical appraisal of design, treatment contents, and outcome interpretations]. Z Klin Psychol 1991; 20 (3): 280-85.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3346

Health Council of the Netherlands (GR). The efficiency of long-term pschotherapy. Publication no. 2001/08E. The Hague: GR.2001.
HTA-Bericht
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 2978

Hecker JE, Fink CM, Fritzier BK. Acceptability of panic disorder treatments - a survey of family-practice physicians. J Anxiety Disord 1993; 7 (4): 373-84.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2481

Heekerens HP. Effektivität Klientenzentrierter Familientherapie. [Effectiveness of client-centered family therapy]. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie; VOL: 4 (1); p.53-70 /1985/.
Kommentar: thematisch nicht relevant, keine GT

Ref ID: 3198

Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (Eds). Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: Fischer.1993.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3203

Helm J. Gesprächspsychotherapie. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.1981.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 2491

Helm J. Possibilities of predicting success in client-centered psychotherapy. Möglichkeiten der Erfolgsprognose in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In : **Helm, J (Eds.) :** Therapeutic behaviour modification. Berlin: VEB.1983, S.48-54.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3249

Hendricks MN. Research basis of focusing-oriented/experiential psychotherapy. In: **Cain D, Seeman J (Eds.).** Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice. Washington DC: APA. 2001.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3360

Hershbell AS. Client experience of gestalt body-awareness interventions. Dissertation Abstracts International B 1998; 59 : 2419B.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1977

Hockel CM. Gesprächspsychotherapie - ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Die beharrliche Blockierung einer bewährten psychotherapeutischen Grundorientierung und ihre Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. [Client-centered psychotherapy - a scientifically accepted method. The persistent blocking of a proven psychotherapeutic orientation and its consequences for psychology and psychotherapy education]. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. 1999.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1048

Hoeger D, Wissemann N. Zur Wirkungsweise des Faktors "Beziehung" in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. The mechanism of the "relational" factor in dialogic psychotherapy. An empirical study. Zeitschrift-fuer-Klinische-Psychologie,-Psychiatrie-und-Psychotherapie 1999; 47 (4): 374-85.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1953

Hornung WP. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons - Results of a five-year follow-up. Langzeitwirkungen einer psychoedukativen-psychotherapeutischen Intervention bei schizophrenen ambulanten Patienten und ihren Bezugspersonen - Ergebnisse einer Fünf-Jahres-Katamnese. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1999; 249 (3): 162-7.

Kommentar: thematisch nicht relevant, VT- Verfahren

Ref ID: 2231

Höder J. Gesprächspsychotherapie Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft. [Client-centered therapy. What it can do, how it works and whom it helps]. Mannheim: PAL. 1992.

Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3405

Hubble M, Duncan B, Miller S (Eds.). So wirkt Psychotherapie. Dortmund: Modernes Leben. 2001. Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 2218

Huf A. Psychotherapeutische Wirkfaktoren. [Psychotherapeutic effective variables]. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1992.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1691

Ingham RJ. Stuttering: A comparative evaluation of the shortterm effectiveness of four treatment techniques. J Communic Disorders 1972; 5 (1): 91-117.

Kommentar: thematisch nicht relevant (keine GT)

Ref ID: 3226

Jacobi F. Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In: **Märten M, Petzold H (Eds)**. Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünwald. 2002, S. 89-108.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1276

Jacobi EM. The efficacy of the bonny method of Guided Imagery and Music as experiential therapy in the primary care of persons with rheumatoid arthritis. Dissertation Abstracts International 1995; 56 (2-B): 1110.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 2071

Jacobs S, Spies. Wirk- und Prozeßfaktoren klientenzentrierter Gruppenpsychotherapien. Effective factors and processes in client-centered group psychotherapy. In: **Frielingdorf-Appelt, C (Eds.)**, Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung,. Köln: GwG. 1996, S. 157-188.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3968

Jacobs S, Bangert M. Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus. [Effects and process characteristics of client-centered therapy for alcoholism]. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 2005; 36 (2): 97-107.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3565

Jacobs S, Bangert M. Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten

klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert Evaluation of client-centered therapy for alcoholism in the course of continuing education in sociotherapy. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 2003 ; 34 (3) : 150-8.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Behandlung durch Sozialtherapeuten

Ref ID: 1232

Jaffe AJ. Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: An analysis of patient treatment matching. J Consult Clin Psychol 1996; 64 (5): 1044-53.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Supportive nondirective therapy

Ref ID: 2185

Jerneizig R. Klientenzentrierte Trauertherapie. Eine Pilotstudie zur Erfassung der therapeutischen Wirksamkeit. [Client-centered grief therapy: A pilot study of treatment effectiveness]. Göttingen: Hogrefe. 1992.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3462

Joseph S. Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: theoretical perspectives and practical implications. *Psychol Psychother* 2004 ; 77 (Pt 1) : 101-19.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 321

Kellner R. The evidence in favour of psychotherapy. *The British journal of medical psychology* 1967; 40 (4): 341-58.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3379

Kiesler DJ. Some Myths of Psychotherapy Research and the Search of a Paradigm. *Psychological Bulletin* 1966; 65 : 110-36.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3380

Kindler R, Tönnies S, Wilker FW. Zur Aus- und Weiterbildung sowie berufl. Situation Klinischer Psychologinnen/Psychtherapeutinnen u. Klein. Psychologen/Psychotherapeuten. *Report Psychologie* 1997; 774-86.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1511

Kirkley BG. Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology* 1985; 53 (1): 43-8.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Nondirective therapy

Ref ID: 3590

Kirschenbaum H, Jourdan A. The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy* 2005 ; 42 (N1) : 37-51.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3266

Klaus D. Ambulante klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen und Elterngruppenpsychotherapie. Universität Leipzig, FB Psychologie. Zitiert in: Schmidchen S. Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In: **Boeck-Singelmann C, Ehlers B, Hensel T, Kemper F, Monden-Engelhardt C (Eds).** Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe. 1991, S. 99-139.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 810

Kolko DJ, Brent DA, Baugher M, Bridge J, Birmaher B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (4): 603-14.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für

wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1623

Kowitz MR. Modality, self-disclosure, and gender as determinants of psychotherapeutic attraction. *J Consult Clin Psychol* 1978; Vol 46 (1): 173-174.

Stellungnahme Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 9

Köpp W. Die Bedeutung des Beziehungserlebens für die differenzielle Psychotherapieindikation.

[Importance of the therapeutic alliance experience for the differential psychotherapeutic indication].

Psychother Psychosom Med Psychol 2002; 52 (3-4): 173-8.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3216

Kriz J. Grundkonzepte der Psychotherapie (5. Auflage). Weinheim: Beltz.2001.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Universität Hamburg

Kommentar: Buch

Ref ID: 3874

Kriz J. Sonderdruck: Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. SBAP, 2003.S.1-16.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 3875

Kriz J. Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeuten-Journal* 2005, 4: 12-20.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Thematisch nicht relevant; Einzelmeinung ohne eigenes empirisches Material

Ref ID: 3873

Kriz J. Perspektiven zur "Wissenschaftlichkeit" von Psychotherapie. In: **Hermer M (Hrsg.):** Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: DGVT-Verl., 2000. S. 43-66.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 189

Kulawik H. Psychotherapie-Methoden-Kombination. Zwischenbilanz und Neubesinnung. [A combination of psychotherapy methods. Interim assessment and reconsideration]. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipzig)* 1982; 34 (11): 643-6.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3877

Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: **Bergin AE, Garfield SL (Ed):** Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4 Ed., New York: J. Wiley Sons., 1994. S. 143-89.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 3227

Lambert MJ, Hawkins EJ, Hatfield DR. Empirische Untersuchungen über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für

Praxis und Forschung. In: **Märten M, Petzold H (Eds)**.
Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von
Psychotherapie. Mainz: Grünwald. 2002, S. 40-59.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche
Psychologische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3415

Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and
effectiveness of psychotherapie. In : **Lambert MJ
(Eds.)** Bergin and Garfield's Handbook of
Psychotherapy and Behavior Change. 5. Ed. S. 139-
93. New York: Wiley.2004.
Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer
Berlin;
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3217

Leibing E, Rüger U. Die klientenzentrierte
Gesprächspsychotherapie. In: **Heigl-Evers A, Heigl F,
Ott J (Eds)**. Lehrbuch der Psychotherapie.
Stuttgart/Jena: Fischer. 1993, S. 331-50.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche
Psychologische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3910

Lerner MS, Clum GA. Treatment of suicide ideators:
A problem-solving approach. Behaviour Therapy 1990;
21 : 403-11.
Kommentar: thematisch nicht relevant, Supportive
Therapy

Ref ID: 3232

Linster HW, Rückert D. Qualitätssicherung im
Rahmen der Gesprächspsychotherapie und der
Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und
Jugendlichen. In: **Hennig H, Fikentscher E, Bahrke
U, Rodensdahl W (Eds)**. Kurzzeit-Psychotherapie in
Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science
Publishers. 1996, S. 1108-31.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche
Psychologische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant, Ki Ju

Ref ID: 3878

Luborsky L, Docherty JP, Miller NE, Barber JP.
What's here and what's ahead in Dynamic Therapy
Research and Practice? In: **Miller NE, Luborsky L,
Barber JP, Docherty JP (Ed.)**: Psychodynamic
Treatment Research. New York: Basic Books, 1993. S.
536-553.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Buch

Ref ID: 3785

Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized
Controlled Trial Comparing Brief Dynamic and
Supportive Therapy with Waiting List Condition in
Minor Depressive Disorders. Psychotherapy &
Psychosomatics 2005 ; 74 (1) : 43-50.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Supportive
psychotherapy

Ref ID: 3228

Margraf J, Schneider S. Paniksyndrom und
Agoraphobie. In: **Margraf J (Eds)**. Lehrbuch der
Verhaltenstherapie. Band 2, Störungen (2. Auflage).
Berlin/Heidelberg: Springer. 2000, S. 1-27.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche
Psychologische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant, VT

Ref ID: 3898

Märtens M, Petzold H (Eds) . Therapieschäden.
Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie.
Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.2002.
Kommentar: Buch

Ref ID: 952

Mcculloch LA. A person-centered approach to
antisocial personality disorder. Dissertation Abstracts
International Section A: Humanities and Social
Sciences 2001; 61 (9-A): 3475.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3876

Messer SB. Empirically supported treatments:
cautionary notes. MedGenMed.2002; 4 (4): 13.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3381

Meyer. Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt.
Meyer & Wirth.1981.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Buch

Ref ID: 2276

Meyer AE. Wodurch wirkt Psychotherapie? [How does
psychotherapy work?] In: **Lang, H (Eds)**. Wirkfaktoren
der Psychotherapie. Berlin: Springer. 1990, p. 179-88.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche
Psychologische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für
wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3416

Miller D, Duncan B, Hubble MA . Jenseits von Babel.
Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der
Psychotherapie. Stuttgart: Klett.2000.
Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer
Berlin
Kommentar: Buch

Ref ID: 3406

Miller R, Rollnick S. Motivational interviewing,
preparing people for change. 2. ed. New York:
Guilford.2002.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 818

Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of
adjuvant psychological therapy and supportive
counselling in patients with cancer. Psycho-Oncology
1998; 7 (3): 218-28.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3382

Mundt C. Stellungnahme zur Urs Baumann: Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. Report Psychologie 1997; 1.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3646

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. British Journal of Psychiatry 2003 ; 182 (?) : 420-27.

Kommentar: Dublette

Ref ID: 3019

Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. Br J Psychiatry 2003 ; 182: 420-7.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1457

Musikanth SJ. Client-centered psychotherapy in the treatment of depression: A systems view. Dissertation Abstracts International 1988; 48 (7-B): 2104.

Kommentar: nicht beschaffbar (nur abstract)

Ref ID: 3757

Müller-Hofer B, Geiser C, Juchli E, Laireiter A. Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode): Ergebnisse einer Praxisevaluation. Client-centered body psychotherapy (GFK): An effectiveness study. Psychotherapie Forum, Special Issue: Körper in der Psychotherapie 2003 ; 11 (2) : 80-91.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 2437

Müller F. Die Funktion der Selbsteinbringung in der Gesprächspsychotherapie The function of self-disclosure in client-centered therapy. Psychologie für die Praxis 1985; 3: 247-54.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3358

Nathan PE, Gorman JM, Eds. A guide to treatments that work (2nd Ed.). New York: Oxford University Press. 2002.

Stellungnahme 2004 Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Kommentar: Buch

Ref ID: 1986

Neidhart S. Gesprächspsychotherapie und das Fragebogen-Paket von Prof. Dr. D. Höger Client-centered therapy and the questionnaire set of Dr. D. Höger. Brennpunkt 1998; 20 (75): 38-45.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3423

Nichols MP. Outcome of brief cathartic psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1974; 42 (3): 403-10.

Schlüsselstudie des WBP

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2093

Niebergall G. Gesprächszentrierte Psychotherapie. [Client-centered psychotherapy]. Psycho 1996; 22

(11): 793-8.

Kommentar: thematisch nicht relevant und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Ref ID: 3890

Oei TP, Jackson P. Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. Addict Behav 1980; 5 (2): 129-36.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3229

Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy. In: **Bergin EA, Garfield SL (Eds).** Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition). New York: Wiley. 1994, p. 270-376.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3419

Orlinsky DE, Rönnefeldt MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome-research: continuity and change. In: **Lambert MJ (Eds).** Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. S. 307-89. New York: Wiley. 2004.

Stellungnahme 2004 Universität Hamburg

Kommentar: Buch

Ref ID: 3799

Orlinsky D. Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie: Erkenntnisse aus Psychotherapieforschung und Sozialwissenschaften. Disorder-specific, person-specific, and culture-specific psychotherapy: Evidence from psychotherapy research and social science. Psychotherapeut 2003; 48 (6) : 403-9.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3383

Orlinsky DE, Howard KI. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. Integrative Psychotherapie 1988; 4 : 281-308.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3194

Orlinsky DE. Learning from many masters. Psychotherapeut 1994; 39: 2-9.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3994

Osatuke K, Glick MJ, Stiles WB, Greenberg LS, Shapiro DA, Barkham M. Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. Counselling Psychology Quarterly 2005; 18 (2): 95-108.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3904

Paivio SC, Greenberg LS. Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63 (3) : 419-25.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d. Richtlinien

Ref ID: 870

Patsiokas AT, Clum GA. Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. *PSYCHOTHER* 1985 ; 22 (2) : 281-90.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Nondirective therapy als Kontrollgruppe

Ref ID: 1852

Pauls M. Empathisches Verstehen von Klienten in der Gesprächspsychotherapie. Bonn: Universität. 1978.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3407

Pennebaker J (Eds.). Emotion, disclosure and health. Washington: APA. 2002.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 3199

Perrez M, Baumann U (Eds). Lehrbuch Klinische Psychologie. Bern: Huber. 1991.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 2821

Peschken WE, Johnson ME. Therapist and client trust in the therapeutic relationship.

Psychother.Res. 1997; 7 (4) : 439-47.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3394

Petersen H. Kurz-Dokumentation zu GPT-Behandlungen mit Bezug auf Behandlungen in anderen (Richtlinien-) Verfahren. Patienten-Code K160952 (Phobie). 1993-1997.

Stellungnahme 2004 Frau Petersen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3393

Petersen H. Kurz-Dokumentation zu GPT-Behandlungen mit Bezug auf Behandlungen in anderen (Richtlinien-) Verfahren. Patienten-Code C090772 (Anpassungsstörung). 1995-1996.

Stellungnahme 2004 Frau Petersen

Kommentar: Thematisch nicht relevant; Fallzahl <=5 pro Behandlung

Ref ID: 3395

Petersen H. Kurz-Dokumentation zu GPT-Behandlungen mit Bezug auf Behandlungen in anderen (Richtlinien-) Verfahren. Patienten-Code W050561 (Anpassungsstörung). 1995.

Stellungnahme 2004 Frau Petersen

Kommentar: Thematisch nicht relevant; Fallzahl <=5 pro Behandlung

Ref ID: 3384

Petzold H. Schulenübergreifende Perspektiven zu einer integrierten Psychotherapie und einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft **In:**

Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen. **S. 71-94.** DPV.1995.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 942

Piper WE. Interpretive and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality. Washington, DC: American Psychological Association.2002.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3257

Plamper E, Lauterbach KW. Stellungnahme zum anzunehmenden Ausmaß der Kostensteigerung infolge Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als abrechnungsfähiges Verfahren. Köln: Gutachten vom 27.07.2003.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3408

Plön S. Gruppenseminare zur Stress-Bewältigung. Frankfurt: Lang. 1991.

Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 2461

Pomrehn G. Personenzentrierte Gesprächsgruppen mit Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle - Eine Untersuchung der Wirksamkeit und Prozesse Client-centered psychotherapy groups with clients of a psychotherapeutic counseling center. A study of effectiveness and processes. Hamburg: Universität. 1984.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1462

Raskin NJ. Client-centered group psychotherapy: II. Research on client-centered groups. *Person-Centered-Review* 1986; 1 (4): 389-408.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1803

Reicherts M. Kognitive Aspekte des Erlebens Theoretische und empirische Untersuchungen zur Weiterführung des Wexler-Ansatzes in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1983; 2 (1) : 101-18.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3200

Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer.2000.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Universität Hamburg

Kommentar: Buch

Ref ID: 3219

Reinecker H. Verhaltenstherapie. In: **Senf W, Broda M (Eds).** Praxis der Psychotherapie. Theoretische

Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart/New York: Thieme. 1997.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3220

Reinecker H. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: dgvt-Verlag. 1999.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 2167

Richter R. "Die Kränksten gehen in eine psychoanalytische Behandlung"? Kritische Anmerkungen zu einem Artikel in Report Psychologie Criticism of contribution of G. J. Thomas and B. Schmitz: "The most ill patients receive psychoanalytic treatment?". Z Psychosom Med Psychoanal 1994; 40 (1): 41-51.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 891

Rogers CR, Gendlin ET, Kiesler DJ, Truax CB (Eds). The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press. 1967.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3427

Rogers CR. Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. In: **Rogers CR, Stevens B (Eds.):** Person to person: the problem of being human; a new trend in psychology. Walnut Creek (California): Real people Press, 1967. pp. 181-192.
Schlüsselstudie des WBP
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3212

Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships. In: **Koch S (Eds).** Psychology: A study of a science. Vol. II. Köln: GwG-Verlag. 1987, p. 184-256. (Deutsch: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen).
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3197

Rogers C. Client-centered therapy [Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie]. Boston: Houghton Mifflin. 1951.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3189

Rogers CR, Dymond RFE. Psychotherapy and personality change. Chicago: The University of Chicago Press. 1954.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3488

Roland D, Prince J, Koppe H. Patient centred CBT for chronic pain. Aust Fam Physician 2004 ; 33 (5) : 339-44.
Kommentar: thematisch nicht relevant, CBT

Ref ID: 1872

Rönnecke B. Auswirkungen telefonischer Gespräche zwischen allein lebenden alten Menschen und helfenden Gesprächspartnern. Hamburg: Universität. 1976.
Stellungnahme Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3409

Ruwwe F, Tausch R. Patientenzentriertes Gruppenpsychotherapie-Programm bei Belastungsstörung Trennung vom Partner (ICD 10, F43,2). Manuskript 2004.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3233

Rückert D, Linster HW. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In: **Laireiter AR, Vogel H (Eds).** Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag. 1998, S. 421-56.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 4059

Sachse R. Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Göttingen: Hogrefe. 2006.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2181

Sachse R. Focusing. Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren [Focusing. An emotion-centered psychotherapeutic technique]. Bochum: Universität. 1992.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3205

Sachse R. Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe. 1999.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 2122

Sachse R. Der psychosomatische Patient in der Praxis. Grundlagen einer effektiven Therapie mit "schwierigen" Klienten. [Foundations of an effective psychotherapy of psychosomatic patients]. Stuttgart: Kohlhammer. 1995.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3204

Sachse R. Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe. 1992.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 2021

Sachse R. Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen.

Therapiekonzepte und Ergebnisse. [Goal-oriented client-centered psychotherapy in psychosomatic disorders. Treatment approaches and outcomes]. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 1997; 28 (2): 90-107.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2270

Sachse R, Maus C. Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. [Goal-oriented action in client-centered psychotherapy]. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer. 1991.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3187

Sachse R, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (GwG). Dokumentation zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GPT) als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Bochum: Fakultät für Psychologie. 1999.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3270

Sachse R, Urbaniak B, Leisch M. Psychotherapie psychosomatischer Magen-Darm-Erkrankungen. Psychologische und somatische Veränderungen und

Reduktion der Gesundheitskosten. Bochum: Ruhr-Universität und Dortmund: Tales Institut. 1999.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 2197

Sachse R. Gesprächstherapie mit psychosomatischen Klienten? Eine Untersuchung zur Indikation auf der Basis der Theorie der Selbstaufmerksamkeit. [Client-centered therapy with psychosomatic patients? A study on treatment indication based on the theory of self-awareness]. In: **Behr M, Esser U, Petermann F, Pfeiffer WM, Tausch R (Eds).** Jahrbuch 1992 für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Band 3. Köln: GwG-Verlag. 1992, S. 66-84.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1329

Sachse R. Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Zum tatsächlichen und notwendigen Einfluss von Therapeuten auf die Explizierungsprozesse bei Klienten. / Acting purposefully in client-centered therapy: On the necessary and actual exerted influence therapists have on the explication process of clients. Zeitschrift-fuer-Klinische-Psychologie-Forschung-und-Praxis 1992; 21 (3): 286-301.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3912

Salts CJ, Zonker CE. Effects of divorce counselling groups on adjustment and self concept. Journal of Divorce 1983; 6 : 55-67.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d. Richtlinien und thematisch nicht relevant

Ref ID: 2968

Sammethofmann I, Stuhr. Results and problems of case-studies using time-series analysis in client-centered and psychodynamic short-term psychotherapy. Z.Klin.Psychol.Psychopath.Psychother.1994; 42 (1) : 27-41.

Kommentar: Dublette

Ref ID: 1824

Sander K. Alternierende Gesprächspsychotherapie Durchführungs-moeglichkeiten. Psychotherapeutische Effekte und deren Bedingungen. **Tausch R; Pawlik K (Eds.),** Hamburg: Universitaet. 1971.

Kommentar: Buch

Ref ID: 2194

Sauer J. Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. [On the efficacy of client-centered therapy]. Personenzentriert 1992; 2: 63-95.

Kommentar: Dublette, Bezug auf Grawe, Meyer, Eckert u.a. mehr

Ref ID: 2178

Sauer J. Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. [Effectiveness of client-centered psychotherapy]. Psychotherapie Forum 1993; 1 (2): 67-80.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 2468

Saupe V. Gruppengesprächstherapie mit

ausgewählten forensisch-psychiatrischen Patienten (Dissoziale Fehlentwicklung). [Group client-centered therapy with selected forensic-psychiatric patients (dissocial maldevelopment)]. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1985; 37 (5): 300-4.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 511

Schauburg H. Zur Psychotherapie der Depression. [Psychotherapy of depression]. *Psychotherapeut* 1999; 44 (2): 127-36.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3911

Scheff BK, Kanfer FH. The utility of a process model in therapy: A comparative study of treatment effects. *Behaviour Therapy* 1987; 18 : 113-34.

Kommentar: thematisch nicht relevant, keine GT

Ref ID: 2538

Schmid RD. Die Wirksamkeit von systematischer Desensibilisierung und Gesprächstherapie bei Schlangenängsten. [The effectiveness of systematic desensitization and client-centered therapy on snake phobia]. Dissertation Universität Tübingen, 1982.

Kommentar: Buch (Dissertation)

Ref ID: 3213

Schmidtchen S, Speierer GW, Linster H (Eds). Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. Köln: GwG-Verlag, 1993.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 3206

Schmidtchen S. Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie, 3. Auflage. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union, 1991.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 1594

Schmidtchen S, Hobrucker B . Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie bei Kindern aus Erziehungsberatungsstellen. [The efficiency of client-centered play therapy]. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* 1978; 27 (4): 117-125.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Kinderpsychotherapie

Ref ID: 3269

Schmidtchen S. Effekte von klientenzentrierter Spieltherapie. *Z Klin Psychol* 1973; 2 (1): 49-63.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Kinderpsychotherapie

Ref ID: 1318

Schmidtchen S, Hennies S, Acke H. Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. [To kill two birds with one stone? Evaluating the hypothesis of a twofold effectiveness of client-centered play therapy]. *Psychol Erzieh Unterr* 1993; 40 (1): 34-42.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Kinderpsychotherapie

Ref ID: 3899

Schmidtchen S. Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen - Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In: **Langer I (Eds).** Menschlichkeit und Wissenschaft. Köln: GwG-Verlag, 2001, S. 291-324.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3201

Schorr A (Eds). Handwörterbuch der angewandten Psychologie. Bonn: Deutscher Psychologenverlag, 1993.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 2389

Schöil-Schwinghammer I. Empathie, Kongruenz und Akzeptanz in Psychoanalyse und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Empathy, congruence, and acceptance in psychoanalysis and client-centered therapy. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1987; 6 (4): 507-17.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1901

Schulz W. Untersuchung zur Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 1978 ; 26 (4) : 331-42.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1911

Schulz W. Untersuchung zur Klassifikation neurotischer Klienten und Zusammenhänge zu Prozess- und Effektivitätsvariablen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Ein Beitrag zur Indikationsfrage. Dissertation Technische Universität Berlin, 1978.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3255

Schütte I, Peschken O, Friedrich H. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-

Bezirken Göttingen und Kassel. Göttingen: Cuvillier.2003.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Buch

Ref ID: 3555

Schwab R, Eckert J, Höger D. Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland About the situation of client-centered therapy in research and university education in Germany. Person 2003 ; 7 (2) : 101-14.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3218

Senf W, Broda M (Eds). Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme. 2000.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Universität Hamburg
Kommentar: Buch

Ref ID: 3871

Shapiro DA, Barkham M, Hardy GE, Morrison LA. The Second Sheffield Psychotherapy Project: rationale, design and preliminary outcome data. Br J Med Psychol 1990; 63 (Pt 2): 97-108.
Stellungnahme Tschuschke
Kommentar: Thematisch nicht relevant, Keine GT (exploratory therapy) 16h vs. 8h VT

Ref ID: 3903

Shaw BF. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. J Consult Clin Psychol 1977; 45 (4) : 543-51.
Kommentar: thematisch nicht relevant, Nondirective therapy als Kontrollgruppe für zwei VT-Methoden

Ref ID: 3913

Shlien JM, Mosak HH, Dreikurs R. Effect of time limits: A comparison of two psychotherapies. Journal of Counseling Psychology 1962; 9 : 31-4.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3338

Shlien JM. Comparison of results with different forms of psychotherapy. Am J Psychother 1964; 18 (Suppl 1): 15-22.
Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3385

Smith ML, Glass GV, Miller TJ. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Hopkins.1980.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Buch

Ref ID: 3914

Souliere M. The differential effects of the empty chair dialogue and cognitive restructuring on the resolution

of lingering angry feelings. (Doctoral Dissertation, University of Ottawa,1994). Dissertation Abstracts International 1995; 56 (2342B) : University Microfilm No.AATNN95979.

Kommentar: thematisch nicht relevant, keine GT Gestalt vs RET

Ref ID: 3207

Speierer GW. Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger.1994.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 2396

Spittler HD. Das Konzept der Gruppe in der Gesprächspsychotherapie. [The group concept in client-centered psychotherapy]. In :**Petzold, Hilarion; Frühmann, R (Eds.)** Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit, Band I. Paderborn: Junfermann. 1986, S. 373-388.
Kommentar: Buch

Ref ID: 2277

Stephan A. Eine Untersuchung zur Prädiktion von Therapieerfolg der Gruppengesprächspsychotherapie unter dem Aspekt der Handlungsregulation. [Study on the prediction of the success of client-centered group psychotherapies with special regard to action regulation]. Leipzig: Universität. 1989.
Kommentar: Buch

Ref ID: 831

Stiles WB, Shankland MC, Wright J, Field SD. Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. J Consult Clin Psychol 1997; 65 (5): 889-93.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 118

Stravynski A. The psychological management of depression. Acta Psychiatr Scand 1992; 85 (6): 407-14.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3386

Strotzka H. Was ist Psychotherapie. In: Psychotherapie, Grundlagen, Verfahren, Indikation. **S.3-6.** München: Urban & Schwarzenberg.
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3195

Strupp HH. Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen. Psychotherapie Forum 1993; 1: 1-7.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG); Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 2027

Stuhr U. Therapieerfolg als Prozeß. Leitlinien für eine künftige Psychotherapieforschung. [Therapeutic success as process. Guidelines for future psychotherapy research]. Heidelberg: Asanger.1997.
Kommentar: Buch

Ref ID: 1371

Stuhr U. University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study. In: Beutler LE, Crago M (Eds). Psychotherapy research: An international review of programmatic studies. Washington, DC: American Psychological Association. 1991, S. 212-18.
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 932

Tang TZ. Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? J Consult Clin Psychol 2002; 70 (2): 444-7.
Informationssynthesen (Metaanalyse, HTA-Bericht, Leitlinie, Review)
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3902

Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 1998; 317 (7154) : 303-7.
Kommentar: thematisch nicht relevant, keine GT, s.auch Ref ID 3901 (Tarrier 2000)

Ref ID: 3901

Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. J Consult Clin Psychol 2000; 68 (5) : 917-22.
Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3410

Tausch R. Gespräche mit verständnisvollen Mitmenschen: die Hauptbewältigungsform bei seelischen Belastungen. Prävention 2001; 24 (2) : 39-43.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3411

Tausch R. Wirkungsvorgänge in Patienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigung durch Gesprächspsychotherapie, eine empirisch begründete Theorie. In: **Langer I (Eds.)** Menschlichkeit und Wissenschaft. S. 523-48. Köln: GwG.2001.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3208

Tausch R, Tausch A. Gesprächspsychotherapie, 9. Auflage. Göttingen: Hogrefe.1990.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3412

Tausch R. Schädigung von Klienten durch

Psychotherapie und Möglichkeiten ihrer Verminderung.
In: Kleiber D; Kuhr A (Eds.) Handlungsfaktor und Misserfolge in der Psychotherapie. S. 15-33.
Tübingen: Deutsche Ges.f.Verhaltenstherapie.1988.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 2489

Tausch AM. Improving the psychological well-being of cancer patients by person-centered encounter groups/Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Krebspatienten durch personenzentrierte Encountergruppen. In : **Helm, Johannes; Bergin, Allen E (Eds.)** Therapeutic behaviour modification. Berlin: VEB. 1983, S. 126-33.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3889

Tausch AM. Personenzentrierte Hilfe für Krebspatienten. Referat auf dem Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 18.-22.02.1980.
Kommentar: Buch

Ref ID: 2490

Tausch R. Empirical examination of the theory of helpful relationships and processes in person-centered group therapies. [Empirische Untersuchung der Theorie hilfreicher Beziehungen und Prozesse in personenzentrierten Gruppentherapien]. In: **Helm, J; Bergin, Allen E (Eds.)** Therapeutic behaviour modification. Berlin: VEB. 1983, S.118-125.
Kommentar: Buch

Ref ID: 2517

Tausch R. Empirische Prüfung der Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierter Gruppenpsychotherapie. [Empirical analysis of the effects and conditions of person-centered group psychotherapy]. In: **Bittner G (Eds.)** Personale Psychologie. Beiträge zur Geschichte, Theorie und Therapie. Festschrift für Ludwig J.Pongratz. Göttingen: Hogrefe. 1983, S. 209-17.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3535

Tausch R. Wirkungsvorgänge in Patienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigungen durch Gesprächspsychotherapie Eine empirisch begründete Theorie, [Effective processes in clients during client-centered therapy]. In: **Lang, H.** Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie? Hamburg: Universität. 2004 , S.147-173.
Kommentar: Buch

Ref ID: 3413

Teegen F. Überprüfung der Effekte von Gesprächspsychotherapie mit telefonischer Durchführung. Hamburg: Dissertation Universität.1975.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 841

Teusch L, Boehme H, Gastpar M. The Benefit of Client-Centered Treatment on Panic and Agoraphobia Symptoms. 149th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.New York, New York, USA.4-9th May, 1996.
Kommentar: nicht beschaffbar

Ref ID: 4055

Teusch L, Finke J. Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen. PiD - Psychotherapie im Dialog 2005;

6 (4): 390-7.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3553

Teusch L, Finke J. Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie in Deutschland Research on person-centered therapy within psychiatry in Germany. *Person* 2003 ; 7 (2) : 158-63.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1810

Teusch L. Wert, Schwierigkeiten und notwendige Modifikationen eines Klientenzentrierten Konzepts in der Stationären Nachbehandlung Schizophrener Patienten. In : **Helmchen, Hanfried; Linden Michael R (Eds.)** Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer. 1982, S. 100-6.

Kommentar: Buch

Ref ID: 2934

Teusch L, Finke, Finke J. Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. [Fundamental principles of a manual for client-centered therapy of panic and agoraphobia]. *Psychotherapeut* 1995; 40 (2): 88-95.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 2221

Teusch L. Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bei Patienten mit Paniksyndrom und/oder Agoraphobie im Vergleich. [Comparison of client-centered therapy, behavior therapy and drug therapy in patients with panic syndrome and agoraphobia]. In : **Meyer-Cording, Gisela; Speierer, Gert-Walter (Eds.)** Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute. Köln:GwG-Verlag. 1990, S. 163-82.

Kommentar: Buch

Ref ID: 2190

Thomas GJ, Schmitz B. Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. Eine empirische Untersuchung der Arbeitsunfähigkeits(AU)-Tage von 240 Klienten mit kassenfinanzierten Behandlungen. [The effectiveness of outpatient psychotherapy. An empirical study of absenteeism by clients with treatments financed by insurance companies]. *Report Psychologie* 1993; 18 (5-6): 22-5.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant, s.auch Ref ID 2167

Ref ID: 3844

Thormählen B, Weinryb RM, Norén K, Vinnars B, Bågedahl-Strindlund M, Barber JP. Patient Factors Predicting Dropout from Supportive-Expressive Psychotherapy for Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy Research* 2003 ; 13 (4) : 493-509.

Kommentar: thematisch nicht relevant, Supportive-expressive therapy= psychodynamisch

Ref ID: 16

Thornett A. Assessing the effect of patient and prescriber preference in trials of treatment of depression in general practice. *Med Sci Monit* 2001; 7 (5): 1086-91.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3624

Timulak L, Elliott R. Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: An exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research* 2003 ; 13 (N4) : 443-60.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 1742

Tougas RR. Ethnocentrism as a limiting factor in verbal therapy. In: **Rogers, Carl R.; Dymond, Rosalind F.(Eds.)** Psychotherapy and personality change. Chicago: University of Chicago Press. 1954, S. 196-214.

Stellungnahme Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Buch

Ref ID: 2165

Trettin R. Berichte über und Klärung von "kritischen Ereignissen" als Wirkfaktoren in der Psychotherapie Eine Prozeß-Effizienz-Studie zwischen psychodynamisch und klientenzentriert behandelten Patienten Critical incidents as effective factors in psychotherapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 1994 ; 44 (2) : S.53-7.

Kommentar: Dublette

Ref ID: 327

Truax CB. Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *J Abnorm Psychol* 1966; 71 (1): 1-9.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3882

Tschuschke V, Kachele H, Hölzer M. Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 1994; 39 (5): 281-97.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Thematisch nicht relevant, (s. auch Ref ID 2039 und 3879)

Ref ID: 3883

Tschuschke V. Psychotherapie in Zeiten von Evidence-Based Medicine. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 2005; 4 (2): 104-13.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3872

Tschuschke V, Banninger-Huber E, Faller H, Fikentscher E, Fischer G, Frohburg I, Hager W, Schiffler A, Lamprecht F, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Rudolph G, Kachele H. [Psychotherapy research--how it should (not) be done. An expert reanalysis of comparative studies by Grawe et al. (1994)]
Psychotherapieforschung--wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/Innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998 Nov;48(11):430-44.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Thematisch nicht relevant, s. auch Ref ID 2039 und 3879

Ref ID: 3881

Tschuschke V, Heckrath C, Tress W. Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapiestudie von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht, 1997. Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 3879

Tschuschke V. Gruppenpsychotherapie - Entwicklungslinien, Diversifikationen, Praxis und Möglichkeiten. Psychotherapie im Dialog 2001; 2 (1): 3-15.

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3242

van Balen R. Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In: **Keil W, Stumm G (Eds.)**. Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer. 2002, S. 209-30.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1183

van der Pompe G, Duivenvoorden HJ, Antoni MH, Visser A, Heijnen CJ. Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory study. J Psychosom Res 1997; 42 (5): 453-66.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Keine seelische Krankheit i.S. der Richtlinien; Thematisch nicht relevant

Ref ID: 1874

van Quekelberghe R. Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien. München: Urban & Schwarzenberg. 1979.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3839

Wagner JR. Evaluating a core battery: A comparison of standardized, individualized, and qualitative approaches to therapy outcome assessment. Dissertation Abstracts International: Section B 2003 ; 63 (11-B) : 5541.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3417

Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. London: Lawrence Erlbaum Association. 2001.

Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin;

Stellungnahme Tschuschke

Kommentar: Buch

Ref ID: 854

Watkins JT, Leber WR, Imber SD, Collins JF, Elkin

I, Pilkonis PA, Sotsky SM, Shea MT, Glass DR.

Temporal course of change of depression. J Consult Clin Psychol 1993; 61 (5): 858-64.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3589

Watson JC, Geller SM. The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. Psychotherapy Research 2005; 15 (N1-2) ; 25-33.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3852

Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2003 ; 71 (4) : 773-81.

Kommentar: Dublette

Ref ID: 3209

Weber W. Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis, 11. Auflage. München: Reinhardt. 1996.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Kommentar: Buch

Ref ID: 806

Weerasekera P. The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. Psychotherapy Research 2001; 11(2):221-33.

Kommentar: thematisch nicht relevant

Ref ID: 3387

Weinberger J, Grawe K. Common factors aren't so common: the common factors dilemma. Clinical Psychology 1995 ; 2 : 45-69.

Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 2480

Wekerle M. Ein Vergleich psychotherapeutischer Methoden bei Phobien unter besonderer Berücksichtigung der Psychologie der Angst. [A comparison of psychotherapeutic methods for the treatment of phobias with special regard to the psychology of anxiety]. Dissertation Universität Salzburg, 1983.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3414

Westermann B, Schwab R, Tausch R. Die Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 150 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. Zeitschrift f Klinische Psychologie 1983; 12 (4): 241-52 (273-292). Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Dublette

Ref ID: 1800

Westermann B. Personenzentrierte Gesprächsgruppen - Auswirkungen und Prozesse bei Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. In :**Tausch R; Langer I (Eds.)**. Hamburg: Universitaet. 1981.

Kommentar: Buch

Ref ID: 1885

Wienand-Kranz D. Wesentliche Prozesse in der Gesprächspsychotherapie mit telefonischer Durchführung. Hamburg: Universitaet. 1976.
Stellungnahme 2004 Prof. Dr. Tausch
Kommentar: Buch

Ref ID: 3123

Wilhelm S, Deckersbach T, Coffey BJ, Bohne A, Peterson AL, Baer L. Habit Reversal Versus Supportive Psychotherapy for Tourette's Disorder: A Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry 2003; 160 (6): 1175-7.

Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 3251

Wiltschko J. Experiencing, Focusing, Focusing-Therapie. In: **Stumm G, Wiltschko J, Keil WW (Eds).** Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. 2003, S. 99-102, 117-20, 120-2.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3243

Wiltschko J. Experiential Psychotherapy. In: **Stumm G, Wiltschko J, Keil WW (Eds).** Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. 2003, S. 103-6.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Buch

Ref ID: 3250

Wiltschko J. Focusing and Focusing. Therapie. In: **Keil W, Stumm G (Eds).** Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer. 2002, S. 231-64.

Stellungnahme 2004 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3234

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Gutachten vom 30. September 1999.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3235

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. Schreiben vom 24.05.2002 an die GwG e.V.
Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
Kommentar: Kurzauswertung

Ref ID: 1864

Witern JO. Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen auf die Person von Lehrern, ihr Erleben und Verhalten im Unterricht. Psychologie in Erziehung und Unterricht; VOL: 26 (6); p.330-340 /1979/.

Stellungnahme Prof. Dr. Tausch

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3915

Wolfus B, Biermann R. An evaluation of a group treatment program for incarcerated male batterers. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 1996; 40 : 318-33.

Kommentar: keine seelische Krankheit i.S.d. Richtlinien und thematisch nicht relevant, keine GT

Ref ID: 3418

Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit. Arbeitsmarkt-Information. 3/2001. Bonn: 2001.

Stellungnahme 2004 Psychotherapeutenkammer Berlin

Kommentar: Thematisch nicht relevant

Ref ID: 3196

Zielke M. Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer. 1979.

Stellungnahme 2002 Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG);
Stellungnahme 2004 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Kommentar: Buch

Ref ID: 1873

Zielke M. Empirische Kontrolle der Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie durch trainierte Laienpsychotherapeuten. In: **Wegener H; Baumann U (Eds.).** Kiel: Universitaet. 1976.

Kommentar: Buch

Ref ID: 3888

Zimm I. Katamnestiche Untersuchung zur Frage therapeutischer Effekte auf posttherapeutische Problemlösungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Humboldt Universität, Institut für Psychologie. 1976.

Kommentar: Buch

12.4 Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger

BAnz. Heft Nr. 189 Seite 21 629 vom 06. Oktober 2004

Bekanntmachungen

■ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung [1044 A] des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zu Überprüfungen gemäß § 135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Gesprächspsychotherapie)

Vom 29. September 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten psychotherapeutische Verfahren daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Das Ergebnis der Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entscheidet gemäß § 135 Abs. 1 SGB V darüber, ob ein neues psychotherapeutisches Verfahren ambulant zu Lasten der GKV erbracht werden darf. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Unterausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Unterausschusses „Psychotherapie“ vom 29. September 2004 wird folgendes Thema beraten:

„Gesprächspsychotherapie“

Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und den Patientenvertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form an folgende Adresse einzureichen: gpt@g-ba.de. Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Siegburg, den 29. September 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Dr. jur. R. H e s s

12.5 Fragenkatalog



Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Vorbemerkung:

Die Überprüfung beruht auf § 135 Abs. 1 SGB V:

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. (...)“

Maßgeblich für die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss sind die wissenschaftlichen Belege (wissenschaftlichen Studien), die Sie zur Begründung Ihrer Stellungnahme anführen (zitierte Literatur bitte beifügen).

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, bitten wir Sie um entsprechende Rückmeldungen, da dies auch ein wertvoller Hinweis für die Beratungen sein kann.

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?
 - 1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?
 - 1.2 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

- 2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?
- 2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?
- 2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?
- 2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?
- 2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?
- 2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar
 - bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
 - hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
 - in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?
- 2.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?
 - 4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.
 - 7.1 Welche der Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

12.6 Liste der Stellungnehmenden

Nr.	Institution	Datum	Absender
1	DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH	05. November 2004	Andre Jacob
2	Privat	05. November 2004	Stephan Theiling
3	Ausbildungsgruppe ZA-2-02	06. November 2004	Detlev Haimerl
4	Privat	09. November 2004	Brigitte Seelmann-Eggebert
5	Privat	09. November 2004	Dr. Bernd A. Thomas
6	Privat	09. November 2004	Stefan Baier
7	Privat	09. November 2004	Dirk Fiedler
8	Privat	10. November 2004	Klaus Weise
9	Institutes für Psychologische Psychotherapie (e.V.)	10. November 2004	Sabine Gollek
10	Privat	11. November 2004	Reinhard Lecker
11	Privat	11. November 2004	Ulrich Katthän
12	Privat	11. November 2004	Ursula Götting
13	Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein	11. November 2004	Oswald Rogner
14	Landespsychotherapeuten- kammer Baden Württemberg	11. November 2004	Detlev Kommer
15	Deutscher Psychotherapeuten- verband e.V.	11. November 2004	Hans Nadolny
16	Privat	11. November 2004	Imann-Steinhauer
17	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden	11. November 2004	Frank Janzowski
18	Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel	12. November 2004	L. Teusch
19	Bezirksamt Lichtenberg von Berlin	15. November 2004	Rainer Zeddis
20	Privat	15. November 2004	Angela Besuch
21	Universität Bremen, Institut für Behindertenpädagogik	15. November 2004	Ursula Pixa-Kettner
22	Landeskammer für Psycho- logische Psychotherapeuten Hessen	15. November 2004	Jürgen Hardt
23	Privat	16. November 2004	A. Bense
24	Neue Gesellschaft für Psychologie	16. November 2004	Thomas Leithäuser
25	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	16. November 2004	Birgit Clever
26	Privat	16. November 2004	Inge Frohburg

27	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.	16. November 2004	Walter Ströhm
28	Privat	16. November 2004	Doris Müller
29	Privat	16. November 2004	Klaus Dieter Horlacher
30	Privat	16. November 2004	Johannes Pabel
31	Privat	16. November 2004	Ulrike Riester
32	Privat	17. November 2004	Uta Oetzel
33	Berliner Akademie für Psychotherapie	17. November 2004	Günther Koch
34	Privat	17. November 2004	Christian Haimerl
35	Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten Hessen	17. November 2004	Jürgen Hardt
36	Universität Regensburg, Medizinische Psychologie	17. November 2004	W. Speierer
37	Privat	17. November 2004	Edith und Karlhein Lux
38	Privat	17. November 2004	Jobst Finke
39	Privat	17. November 2004	Johann Christian Petersen
40	Psychotherapeutenkammer Berlin	17. November 2004	Heinrich Bertram
41	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	17. November 2004	A. Traute
42	Privat	17. November 2004	Michael Schüling
43	Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen	17. November 2004	Anja Link
44	Systemischen Gesellschaft & Gesellschaft für Systemische Therapie	18. November 2004	Wilhelm Rotthaus; Arist von Schlippe
45	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz	18. November 2004	Birgit Heinrich
46	Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz	18. November 2004	Alfred Kappauf
47	Universität Hamburg, Institut für Psychotherapie	18. November 2004	Rainer Richter
48	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	18. November 2004	Reinhold Schwab
49	Privat	18. November 2004	U.M. Schmitz
50	Privat	18. November 2004	Mareke de Brito Santos-Dodt
51	Privat	18. November 2004	Eberhard Fuhrmann
52	Privat	18. November 2004	Hans Henning
53	Privat	18. November 2004	Sabine Schäfer
54	Niedersächsisches Landeskrankenhaus	19. November 2004	Dietrich Moshagen

55	Psychotherapeutenkammer Hamburg	19. November 2004	Thomas Grabenkamp
56	Regionale Arbeitsgruppe der GwG, RAG Nr. 94847	19. November 2004	Evelyn Beetz-Treumann
57	Psychotherapeutenkammer NRW	18. November 2004	Monika Konitzer
58	Westfälische Klinik Hemer	18. November 2004	H.-L. Becker
59	Privat	20. November 2004	Vera Reinhardt
60	Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten im Land Berlin	18. November 2004	Heinrich Bertram
61	Psychotherapeutenkammer des Saarlandes	18. November 2004	Ilse Rohr
62	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	18. November 2004	Reinhard Tausch
63	Privat	19. November 2004	Peter Hohmann
64	Privat	19. November 2004	Andreas Pichler
65	Privat	19. November 2004	Thomas Merz
66	Privat	19. November 2004	Eva Ellinghaus
67	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	22. November 2004	Rainer Richter
68	Privat	22. November 2004	Michael Schwindling
69	Privat	22. November 2004	Karl-Heinz Grimm
70	Westfälische Klinik Marsberg	22. November 2004	S. Bender
71	Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie	19. November 2004	Karl Otto Hentze
72	Universität Osnabrück, Poliklinische Psychotherapieambulanz	22. November 2004	H. Schöttke
73	DGSF	29. November 2004	Bernhard Schorn
74	Niedersächsisches Landeskrankenhaus	26. November 2004	W. Weig
75	Privat	25. November 2004	Angelika Vogel Hilburg
76	Privat	25. November 2004	H. Kessler
77	Universität Hamburg, Psychologisches Institut III	28. November 2004	Reinhard Tausch
78	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen	30. November 2004	Jürgen Matzat
79	DGPPN	22. Februar 2005	Prof. Dr. M. Berger
80	BDP	22. Juni 2005	Prof. Dr. Volker Tschuschke
81	Universität Mainz	09. Februar 2006	Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann

82	Psychotherapieverbände Gesprächskreis II	06. März 2006	Rainer Knappe
----	---	---------------	---------------

12.7 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im nachfolgenden Text handelt es sich um eine Zusammenfassung der in den Stellungnahmen vorgetragenen Argumente ohne Wertung und Feststellung der Richtigkeit dieser Aussagen durch die TG. Dieser Text erhebt ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Soweit die Aussagen durch Studien belegt wurden, wurden diese im Beratungsprozess berücksichtigt. Die Aussagen der Stellungnehmenden wurden in der TG intensiv diskutiert.

Die Stellungnahmen sind im Original im Supplement zum Bericht zur Nutzenbewertung dokumentiert.

Vorbemerkungen

Viele Stellungnahmen beziehen sich auf die Anerkennung der GT durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie im Mai 2002 und die im Oktober 2002 erfolgte ausführliche Darstellung der drei Fachverbände für Gesprächspsychotherapie, in der ein vom Unterausschuss Psychotherapie entworfener umfangreicher Fragenkatalog zur Einführung neuer Psychotherapieverfahren mit einem für die Gesprächspsychotherapie positiven Votum beantwortet wurde. Auch die Antworten der Fachgesellschaften auf die zwei im Februar 2004 vom Unterausschusses Psychotherapie erhobenen Fragen hätten überzeugend dokumentiert, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie tatsächlich eine Erweiterung und Verbesserung für die vertragsärztliche Versorgung bedeute. Daraus wird gefolgert, dass die rechtlich definierten Anforderungen entsprechend § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfüllt seien. Häufig wird kritisiert, dass das Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie für die Zulassung nicht als ausreichend angesehen werde und dass der Fragebogen vom 26.09.2004 erneut Fragen enthalte, die durch das positive Votum des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bereits beantwortet seien.

Häufig wird auch kritisiert, dass nach dem für die Stellungnahme entwickelten Fragebogen eine Überlegenheit über die bisher zugelassenen Verfahren nachgewiesen werden müsse.

Grundsätzliche Kritik wird auch an einer Prüfung und Bewertung entsprechend der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses geübt, die für Psychotherapieverfahren nicht geeignet sei.

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Die Stellungnahmen verweisen diesbezüglich auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Dieser habe zu dem Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie hinreichend Stellung genommen, so dass sich eine weitere Erörterung erübrige.

In einer Stellungnahme wird auf die Heterogenität der unter dem Oberbegriff Gesprächspsychotherapie zusammengefassten Verfahren und die daraus folgende Problematik bei der Zuordnung von Studien zum Verfahren hingewiesen. Auch die deutschsprachige Forschung beziehe sich auf den heterogenen Ansatz, sodass eine Zuordnung von Studien zum Verfahren eher willkürlich geschehe.

Andere Stellungnahmen führen dazu aus, dass die Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung auf gestörte Selbstregulationsprozesse fokussiere, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrecht erhalten würden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führten. Das allgemeine Behandlungsziel einer Gesprächspsychotherapie bestehe in der Linderung bzw. Aufhebung der Symptomatik infolge einer Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen. Dazu sei die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet sei und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person- und prozessspezifischen Interventionen und Techniken verbunden werde.

1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

In der vertragsärztlichen Tätigkeit seien seit langer Zeit Gesprächspsychotherapeuten tätig. Im Rahmen der Wiedervereinigung seien die Gesprächspsychotherapeuten der Neuen Bundesländer ausdrücklich aufgefordert worden, ihre Behandlungen unter dem Label „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ abzurechnen. Von daher sei die Anwendung von GT in der vertragsärztlichen Versorgung bereits unter den Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinien erfolgt. Über das PsychThG seien zahlreiche Gesprächspsychotherapeuten mit Nachqualifikationen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zugelassen worden, deren grundständige Ausbildungsqualifikationen in Gesprächspsychotherapie unter veränderten Etiketten fortgesetzt angewandt würden. Mit der sozialrechtlichen Anerkennung werde somit nur eine bereits gängige Praxis offen gelegt und legitimiert. Im Übrigen ergebe sich — formal — die Anwendung dieses Verfahrens aus den

Bestimmungen der PT-Richtlinien: Die dort gegebenen Kontingente und Behandlungsrahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie könnten als zunächst adäquat für die GT angesehen werden.

Die Versorgung könne gewährleistet werden durch Psychotherapeuten, die in Gesprächspsychotherapie ausgebildet und nach § 12 PsychThG approbiert worden seien. Bis zur Verfügbarkeit von Psychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie entspr. § 8 Abs.3 Nr.1 PsychThG und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktweiterbildung in Gesprächspsychotherapie stünden Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung, die auf hohem Niveau gesprächspsychotherapeutisch qualifiziert seien. Ausbildungsgänge für die vertiefte Ausbildung seien in mehreren Bundesländern in Vorbereitung bzw. würden Ende des Jahres [2004] beginnen (Hamburg).

Die Gesprächspsychotherapie sei schon jetzt ein häufig in Aus- und Weiterbildung vermitteltes und angewandtes Psychotherapieverfahren, sodass eine breite Anwendung der Gesprächspsychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zeitnah nach Zulassung des Verfahrens gewährleistet sei.

Für die Eignung von Patienten zur Gesprächspsychotherapie und differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen Verfahren seien Instrumente im Sinne eines Feedbackbogens entwickelt worden.

1.2 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Die Qualifikationsanforderungen zum Fachkundenachweis seien für alle Verfahren einheitlich gesetzlich geregelt (§ 95c SGB V). Zur Einführung der Gesprächspsychotherapie in die vertragsärztliche Versorgung müssten Übergangsregelungen getroffen werden. Naheliegend sei es, dazu die Qualifikation, die nach den Richtlinien der GwG erworben wurde, zugrunde zu legen (s. Gutachten des wissenschaftlichen Beirates zur Qualität der GwG-Ausbildung). Es wird vorgeschlagen, zu den Regelungen im Einzelnen die Bundespsychotherapeutenkammer und den Beratenden Fachausschuss bei der KBV einzubeziehen.

Die Ausbildung in GT habe in Deutschland eine über 40jährige Tradition. Sie erfolgte im Rahmen der klinischen Fachausbildung über die psychologischen Universitätsinstitute und im Rahmen von postgradualen Aus- und Weiterbildungen. Entsprechende Curricula existierten seit Langem und seien hinsichtlich ihrer Methodik und ihrer Ergebnisse mehrfach Gegenstand besonderer Ausbildungsforschung gewesen. Die aktuellen Curricula entsprächen den vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-AprV) und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-AprV) vom 18.12.1998. Seit 2003

sehe die neue Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für die Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie vor, dass innerhalb dieser die GT als psychotherapeutisches Schwerpunktverfahren gewählt werden könne. Ausbildungsstätten für Psychotherapeuten hätten in mehreren Bundesländern Anträge auf staatliche Anerkennung zur vertieften Ausbildung in GT gestellt. Nach der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates zur Zulassung der GT als Verfahren der vertieften Ausbildung seien positive Vorbescheide erteilt worden, so dass kurzfristig entsprechende Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden könnten.

In vielen Bundesländern seien bei Einführung des PsychThG Psychologen mit einer vom Fachverband GwG e.V. anerkannten Ausbildung in Gesprächspsychotherapie approbiert worden, wenn sie die weiteren Kriterien der Übergangsregelung ebenfalls erfüllt hätten. Für neue Ausbildungen in GT gelte die PsychTh-AprV. Am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg sei ein entsprechender Studiengang mit der Vertiefung auch in GT eingerichtet worden, der gem. PsychThG von der zuständigen Landesbehörde anerkannt worden sei. Dieser Studiengang basiere auf den curricularen (Muster-) Ausbildungsgängen, die von den Fachverbänden für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt GT entwickelt worden seien. Vergleichbare Weiterbildungsgänge für Ärzte im Rahmen von Facharztausbildungen seien in Arbeit.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Der Nutzen ergebe sich daraus, dass mit dem neuen Verfahren und der neuen theoretischen Begründung weitere reliable Verknüpfungen von Symptomebene (z.B. ICD 10) und konzeptualisierten Störungs-Bedingungszusammenhängen erfasst und einer überprüfbareren, therapeutischen Bearbeitung zugeführt werden könnten.

Das Verfahren biete neben dem Handlungsansatz der Verhaltenstherapie und der abstinenten, auf Deutungen zentrierten Vorgehensweise der analytisch orientierten Verfahren einen aktiven verbalisierenden Einstieg in eine verstehende Psychotherapie an, mit direkten Hilfen zur sprachlichen Symbolisierung von Selbstaspekten.

Es biete mehr „Passung“, so dass dadurch die spezifische Behandlungsmethodik und die verfahrens- und patientenbezogene Differenzialindikation erweitert werde. Zudem belege ein eigenes Indikations- und Effektivitätsspektrum durch Studien, eine Überlegenheit gegenüber psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren bei:

- Patienten mit wechselnden somatischen Beschwerden

- Patienten mit diffusen Ängsten und Depressionen ohne identifizierbare Auslöser bzw. Verstärker und ohne erkennbaren inneren Konflikt
- Patienten mit geringem Selbstbewusstsein und sozialen Rückzugstendenzen
- Patienten mit ausgeprägtem Bedürfnis nach Autonomie, internaler Orientierung und hoher Reaktanzbereitschaft

Außerdem eigne sich GT besonders für Patienten, die wegen fehlender Ansprechbarkeit auf die bisherigen Richtlinienverfahren von diesen nicht oder nicht ausreichend profitieren könnten.

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Die Frage der Berechtigung zur Forderung des Nachweises eines Zusatznutzens wird kritisch gesehen und verneint. Die Argumente beziehen sich wie in den Vorbemerkungen auf die gesetzlichen Vorgaben gem. § 135 Abs. 1 SGB V und auf die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, sowie auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Psychotherapeuten beschreiben ausgehend von ihren klinischen Erfahrungen zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität der GT, dass sie als das bevorzugte, am ehesten Erfolg versprechende Verfahren bei folgenden klinischen Bildern gesehen werde:

- ängstlich-selbstunsichere, misstrauisch-kontaktabwehrende, sowie narzisstisch gestörte Patienten und solche mit ausgeprägtem Autonomiebedürfnis,
- Störungen, bei denen die genannten Persönlichkeitsmerkmale eine besondere Rolle spielen, also ängstlich-vermeidende, paranoide, schizoide und narzisstische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 60.6, 60.0-1, 60.8).
- bestimmte Achse 1-Störungen wie generalisierte (chronifizierte) Angststörung, mittelschwere bis schwere depressive Störungen, schizophrene Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie diffuse Anpassungsstörungen vor allem in Form von Sinnkrisen, in konflikthaften Entscheidungssituationen und bei situations- und tätigkeitsunspezifischen Regulationsstörungen des affektiven Erlebens (ICD-10 F41.1, 32.1-2/33.1-2, 20, 43. 1-2)
- bei schwer gestörten Patienten mit wechselnden somatischen Beschwerden.

Es wird angegeben, dass die Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung strukturell schwerer gestörter Patienten, bei denen häufig begleitend Störungen der Impulskontrolle oder Suchttendenzen bestehen (F 60.3), überlegen sei.

Es wird darauf hingewiesen, dass es bei der Anwendung unterschiedlicher Verfahren wenig Unterschiede im Hinblick auf die Wirksamkeit gebe. Unterschiede seien zudem anderen Faktoren als dem spezifischen Verfahren geschuldet, so z. B. der therapeutischen Beziehung und der Persönlichkeit des Psychotherapeuten sowie Patienteneigenschaften.

Kritisch zur Frage der Überlegenheit äußern sich die Verfasser einer Stellungnahme, in der eine Verbesserung der Versorgung durch die Einführung der GT verneint wird, da eine spezifische Überlegenheit gegenüber der gegenwärtigen Versorgung nicht nachweisbar sei.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Im direkten Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie eigne sich das erstere Verfahren besser für die Behandlung von Störungs- oder Beschwerdebildern, die eingangs diffuser und deren Entstehungshintergründe mehrdeutiger seien. Solche Krankheitsbilder seien häufig einzuordnen im Bereich der Anpassungsstörungen (F43.2) oder etwa der somatoformen Störungen (F45.x), könnten aber auch zum Bereich depressiver Störungen (F3x) oder Persönlichkeitsstörungen (F60.x) gehören. Das therapeutische Instrumentarium der Gesprächspsychotherapie sei in diesen Fällen erheblich besser zur Kontaktaufnahme sowie zur Exploration und zur Konkretisierung der anfangs für die Patienten diffusen Problemerkennung geeignet als die auf Klarheit und Eindeutigkeit hin ausgerichtete Methodik der Verhaltenstherapie.

Einer der Hauptunterschiede zwischen Behaviorismus und der Humanistischen Psychologie liege in den Annahmen über das Wesen des Menschen. Die Gesprächspsychotherapie sei einer phänomenologisch-existenzialphilosophischen Position verpflichtet, bei der das "Wesen des Menschen" ins Zentrum gerückt und von daher versucht werde, die konkrete Situation des therapeutischen Handelns und die dort beobachtbaren Vorgänge zu verstehen und theoretisch zu rekonstruieren.

In der Stellungnahme einer Fachgesellschaft werden als wesentliche Gemeinsamkeiten zwischen GT und VT die Methoden der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wie (bedingungslose) Akzeptanz und Authentizität und die Methode des geleiteten Entdeckens als Weg zu neuen Einsichten und zur Verhaltensänderung angegeben. Behandlungsstrategien, die ein direktives zielgerichtetes Therapeutenverhalten verlangten (z.B. Informationsvermittlung, Stimuluskontrolle, operantes Lernen, Training von Fertigkeiten, Aufbau von Verhalten, Verhaltensformung usw.) würden in der GT explizit nicht angewendet. Die verhaltenstherapeutische Behandlung erstreckte sich überwiegend auf die Änderung-Minderung ungünstigen Verhaltens und auf das

Erlernen von gewünschten Verhaltensweisen. Auch nach Einschätzung von Verhaltenstherapeuten werde das Vorgehen als eher direktiv bezeichnet. In der Gesprächspsychotherapie sei der inhaltliche Schwerpunkt des Psychotherapeuten überwiegend das Erlebnis des Patienten mit seinen derzeitigen Belastungen, insbesondere die Gefühle und damit zusammenhängende Bewertungen-Kognitionen. Das Vorgehen sei überwiegend nicht-direktiv.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Dargelegt wird, dass Patienten, die nur ein diffuses Bild ihrer Störung und ihrer therapeutischen Ziele mit GT als einem Verfahren, das ihnen gezielt bei der besseren seelischen und körperlichen Wahrnehmung ihrer selbst und der Explizierung des Erlebten hilft, gut profitieren. Patienten, die eine direkte, angeleitete Hilfe zur Beseitigung ihrer Störung suchen, sind mit einer Verhaltenstherapie besser bedient. Dies um so mehr, wenn diese Störung monosymptomatisch sei. Im Unterschied zur Verhaltenstherapie bewirke GT einen Anstieg der internalen Kontrollerwartungen der Patienten. GT behandelte Patienten orientierten sich zudem bei der Bewertung ihrer Veränderungen nicht nur an der Reduktion ihrer Symptomatik, sondern sie würden auch ihre psychischen Störungen und deren Reduktion in stärkerem Maße als verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten mit ihren (sozialen) Lebensbedingungen in Zusammenhang bringen.

Es wird aber auch ausgeführt, dass die derzeitige Studienlage den Nachweis eines zusätzlichen Nutzens nicht erwarten lasse, da z.B. alle empirischen Vergleiche von GT mit Verhaltenstherapie (VT) z.T. hochsignifikante Differenzen zuungunsten der GT erbringen würden und zwar nicht nur bei der Symptomreduktion, sondern auch bei Maßen für Veränderungen im Persönlichkeits- und zwischenmenschlichen Bereich.

2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Die GT unterscheide sich von den analytisch begründeten Verfahren durch eine unterschiedliche Bewertung der Bedeutung von Übertragung und Widerstand. Das Konzept des Unbewussten existiere nicht, sondern das personzentrierte Konzept gehe von einer Verzerrung von Wahrnehmung und Erleben im Sinne des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstideals aus, wobei Angst vor der Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes das Erleben und die angemessene Symbolisierung bestimmter Inhalte verhindere. Es werde nicht auf Konflikte (zwischen Es und Überich-Impulsen) zentriert, sondern versucht, die immanent enthaltenen Komponenten gegenwärtiger Konfliktanteile explizit und der

Wahrnehmung und damit der integrativen Verarbeitung zugänglich zu machen. Es gehe um eine bewusste Orientierung an den sich an der Oberfläche zeigenden und gut erreichbaren Phänomenen, auf die verwiesen würde und von denen aus Erschließungen von Zusammenhängen erfolgen würden. Zudem fuße die GT auf einem anderen Menschenbild als die Psychoanalyse, nämlich einem an der Existenzphilosophie orientierten philosophischen Menschenbild und auf der Phänomenologie als wissenschaftlicher Erkenntnismethode.

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

Da das Ziel der GT nicht die Aufdeckung und Durcharbeitung seelischer Konfliktlagen sei, sondern die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Selbstempathie, biete sie gegenüber den analytisch begründeten Verfahren den Vorteil, dass sie sowohl Patienten erreiche, deren Introspektionsfähigkeit begrenzt und deren Kontaktaufnahme beeinträchtigt sei, als auch Patienten versorgen könne, denen mit einer relativ kurzen Intervention geholfen werden könne, indem eine akute Verunsicherung des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung korrigiert werde.

Die Schwelle für die Aufnahme und das Durchhalten einer Therapie sei bei GT durch das spezifische akzeptierende, verstehende gesprächspsychotherapeutische Vorgehen für viele Patienten niedriger.

Da die Gesprächspsychotherapie zunächst im Hier und Jetzt agiere, finde dieses Verfahren eine tiefergehende Akzeptanz.

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
- hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
- in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Die Behandlungserfolge der GT seien im Vergleich zur VT länger andauernd als bei einer VT. Hintergrund für diese Aussage sei die klinische Erfahrung. Zudem vergrößere sich zwar nicht das Indikationsspektrum aber das Patientenspektrum, das mit Psychotherapie erreichbar sei.

- Mit einer generellen Verkürzung der Behandlungsdauer durch Gesprächspsychotherapie sei nicht zu rechnen. Sie sei zwar ursprünglich als eine Kurztherapie im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse angetreten, ihre

Behandlungszeiten seien denen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sehr ähnlich.

- Die Gesprächspsychotherapie verfüge über störungs- und personbezogene Modelle von Behandlungen mit unterschiedlich langer Behandlungsdauer, z.B. über ein kurztherapeutisches Konzept bei Anpassungsstörungen. Im Übrigen gelte auch hier, dass empirische Untersuchungen zum Vergleich von Behandlungszeiten in der internationalen Psychotherapieforschung für alle Verfahren weitgehend fehlen würden.

- Es könnten Katamnesen bis zu einem Zeitraum von 12 Jahren nachgewiesen werden. Die Ergebnisse ließen durchgängig erkennen, dass Gesprächspsychotherapie eine Langzeitwirkung entfalte: Im Durchschnitt könne der „Therapiegewinn“ zum Katamnesezeitpunkt gehalten werden oder es komme zu weiteren Besserungen in der Symptomatik.

Eine Stellungnahme sieht keinen zusätzlichen Nutzen. Es wird darauf verwiesen, dass mit Aufnahme der GT ein Verfahren für die Behandlung von Störungsbildern zugelassen würde, für die eine wissenschaftliche Anerkennung nicht vorliege (das betreffe insgesamt 8 der 12 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geprüften Indikationsbereiche).

2.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Es lägen in der Regel Katamnesen von bis zu einem Jahr vor, es gebe aber auch längere Katamnesezeiträume. Bei manchen Studien besserten sich die Behandlungsergebnisse nach Ende der Behandlung. Auswertungen von empirischen Untersuchungen mit globalen quantitativen Vergleichen der Effekte von psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten hätten [zwar] ergeben, dass alle Verfahren in etwa gleichem Ausmaß wirksam seien. Im Hinblick auf die üblichen diagnostischen symptom- und syndromorientierten Klassifikationssysteme und auf die gängigen demografischen Daten und unter Verwendung von Gruppen-Mittelwerten und Effektstärken ließen sich keine für die klinische Praxis wesentlichen verfahrensabhängigen Unterschiede und damit auch keine für die GT spezifischen Indikationen und Effekte ermitteln. Gegenwärtig gebe es keine gesicherten Erkenntnisse darüber, welches Psychotherapieverfahren bei Patienten mit bestimmten Störungen summa summarum ‚besser‘ oder ‚am besten‘ sei.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich

behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Die Voten zu dieser Frage beruhen auf den klinischen Erfahrungen der Stellungnehmenden. Aufgeführt werden Patienten mit generalisierten Angststörungen, Patienten mit Borderlinestörungen sowie bestimmten Persönlichkeitsstörungen; außerdem Menschen mit geistiger Behinderung, Patienten mit chronischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen. Außerdem wird erneut auf eine bessere Passung und ein verbreitertes Spektrum durch die Erweiterung der therapeutischen Ansätze verwiesen. Dabei wird als Begründung auf den anderen therapeutischen Zugang zu Patienten (niedrigschwellig, im Hier und Jetzt, anderes Beziehungsangebot) verwiesen.

Es werden durchaus Verbesserungen von Patientengruppen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder zur Standardbehandlung in der Versorgung berichtet.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?

Ein Wirtschaftlichkeitsfaktor wird in der höheren Differenzierung des therapeutischen Angebots gesehen, das mehr Passgenauigkeit ermögliche, da durch die bessere Passung eine höhere Wirksamkeit zu erwarten sei.

Aus der Praxis der GT ließen sich für den ambulanten Bereich mittlere Behandlungszeiten von 25 – 70 Stunden ermitteln (Biermann-Ratjen u. a., 2003). Ambulante GT sei damit in finanzieller Hinsicht kostengünstiger als Psychoanalysen und in etwa gleich aufwendig wie tiefenpsychologische Psychotherapien und Verhaltenstherapien. Auch hier wird als Argument erneut auf die Verbesserung der Passung verwiesen.

In einer Stellungnahme wird wegen der Heterogenität des Verfahrens mit problematischen Konsequenzen bezügl. der Wirtschaftlichkeit gerechnet. Einzelne Verfahren hätten nichts mit Krankenversorgung zu tun.

4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Die Angaben schwanken zwischen 15 – 150 Stunden, 18 – 22 Stunden im stat. Bereich gegenüber 60 – 70 Stunden im ambulanten Bereich. Durch Forschung sei nachgewiesen, dass bei Kontingenten, die den zugelassenen Verfahren

entsprechen, stabile Behandlungsergebnisse erzielt werden könnten. Es wird aber auch in einer Stellungnahme davor gewarnt, dass angesichts der Heterogenität der unter GT zusammengefassten Verfahren klare Aussagen nicht möglich seien und im Indikationsbereich zudem nicht klar zwischen Krankenversorgung und Selbsterfahrung unterschieden werden könne.

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Nach den Ausbildungsrichtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) sei seit über 30 Jahren die kollegiale Supervision verpflichtend mit der Vergabe des Zertifikates als Gesprächspsychotherapeut verbunden. Zur Ausbildung als Gesprächspsychotherapeut gehöre die Dokumentation von erfolgreich durchgeführten Psychotherapien mit Hilfe von Testverfahren und in Supervision anhand von Tonband- oder Videoaufnahmen. Darüber hinaus seien in der Gesprächspsychotherapie bereits Ende der 1970-er Jahre Instrumente zur Prüfung und Sicherung der Prozessqualität entwickelt worden. Dazu gehörten z.B. Therapiestunden-Begleitbögen, die sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten nach jeder Sitzung ausgefüllt werden. Im Übrigen würden, gesetzliche Vorgaben die Fortbildung, für die die Landespsychotherapeutenkammern Fortbildungsordnungen erlassen würden, regeln. Innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen gehörten Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten Qualitätszirkeln an und seien in Qualitätssicherung und Dokumentation den gleichen Pflichten unterworfen wie alle anderen Psychotherapeuten. Für die GT wird ein den bisherigen Vorgaben entsprechendes Gutachterverfahren vorgeschlagen.

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Auch hier wird nochmals auf gute Therapieergebnisse mit GT hingewiesen, wobei als Indikation jetzt auch chronifizierte Psychosen angegeben werden. Es wird begründet, warum GT für Patienten in der Psychiatrie besonders geeignet sei.

Der Fragenkatalog des G-BA wird als wissenschaftlich nicht zulässig kritisiert. Diese Kritik bezieht sich vor allem auf die Fragen nach dem zusätzlichen Nutzen und der Überlegenheit der GT. Außerdem werden das vom G-BA auf der Grundlage der Verfahrensordnung durchgeführte Bewertungsverfahren und

die dabei angewandten Bewertungskriterien als für Psychotherapie ungeeignet angesehen.

Auch wird auf die gute Akzeptanz der Weiterbildung in GT in der ärztlichen Weiterbildung hingewiesen.

GT habe sich in der Praxis bewährt und sei bereits innerhalb der TK-Regelung und in der ehemaligen DDR zur Anwendung gekommen.

Quantitätspflicht, Qualitätsanspruch, Formzwänge sowie die psychische und soziale Situation der heutigen Menschen erforderten ein modernes, bewegliches und dem Fall angemessenes Therapiekonzept.

12.8 Extraktion und Bewertung: Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen

12.8.1 Standardisierter Auswertungsbogen

Nr.	Feld	Hinweise für den Bearbeiter
1	Quelle	Genauere Literaturangabe der Informationssynthese Wurde die Informationssynthese in einer Zeitschrift mit einem Gutachterverfahren (Peer review) veröffentlicht?
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?
4	Indikation	Nennung von Indikation und Behandlungsziel
5	Fragestellung / Zielsetzung	z. B. Überlegenheit / Äquivalenz? Nutzen / Risiko?

Nr.	Feld	Hinweise für den Bearbeiter
6	Methodik	<p>Systematisches Vorgehen:</p> <p>Literaturrecherche. Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum. Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien. Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen? Bewertung der methodischen Qualität der Primärstudien? Umgang mit methodisch problematischen Primärstudien.</p> <p>Sind die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien beschrieben (u. a. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien), z. B. in einer tabellarischen Übersicht?</p> <p>Wird die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien beschrieben?</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (Meta-Analyse)?</p> <p>Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias? Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</p> <p>Möglichst stichprobenartige Überprüfung der verwendeten Primärliteratur.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert?
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	

Nr.	Feld	Hinweise für den Bearbeiter
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	Studiendesign der ökonomischen Evaluation: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt ggf. einschl. der Option <u>keine</u> Intervention?) Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z. B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert? Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt? Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst? Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt? Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt? Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?
9	Fazit der Autoren	
10	Abschließende Bewertung	

12.8.2 Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen

1	Quelle	<p>„Does Psychotherapy Benefit Neurotic Patients?“ A Reanalysis of the Smith, Glass and Miller Data Gavin Andrews , Robin Harvey , Arch Gen Psychiatry , Nov. 1981</p> <p>Wurde die Informationssynthese in einer Zeitschrift mit einem Gutachterverfahren (Peer review) veröffentlicht ?ja</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Metaanalyse von ursprünglich 475 kontrollierten Studien , daraus Metaanalyse von 81 kontrollierten Studien aus dem Zeitraum 1941-1976.</p>
4	Indikation	<p>88% Neurosen oder „echte Phobien“</p> <p>12% emotional-somatische Beschwerden</p> <p>keine der Studien untersuchte „nur-Depressive“</p>
5	Fragestellung / Zielsetzung	<p>Nutzen von Psychotherapie -verbal (dynamic , psychodynamic, Adlerian)</p> <ul style="list-style-type: none"> - behavioral - developmental (client-centered counselling)

6	Methodik	<p>Systematisches Vorgehen:</p> <p>475 kontrollierte Studie aus 1941-1976. Daraus wurden 81 kontrollierte Studien generiert die eindeutig Patienten mit krankheitswertigen Störungen beinhalteten, ausgewählt. Bei den Originalpublikationen hatten lediglich 46% die unter 4. genannten Diagnosen, bei den 81 generierten Studien immerhin 90%. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind nur kurz beschrieben (u. a. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien), nicht in einer tabellarischen Übersicht.</p> <p>Wird die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien beschrieben? Kurz (s.o.)</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: Meta-Analyse Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen?</p> <p>Die Autoren führen aus, dass das größte Manko der Studien darin besteht, dass Daten zur Diagnose und zum Schweregrad nicht vorgelegen hätten. Auch das Setting war insbesondere bei der älteren Studie nur schwer vergleichbar.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert? Ja</p> <p>Die mittleren Effektstärken waren für die verbalen Techniken 0,74 für die VT 0,97 für Placebo 0,55 und für developmental 0,35.</p> <p>Diese Ergebnisse sind aber wenig aussagekräftig, da Schweregrade und Diagnosesicherung nicht bekannt waren.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	entfällt

8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen <p>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt ggf. einschl. der Option <u>keine</u> Intervention?)</p> <p>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z. B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</p> <p>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	<p>Die mittleren Effektstärken waren für die verbalen Techniken 0,74 für die VT 0,97 für Placebo 0,55 und für developmental 0,35.</p> <p>Diese Ergebnisse sind aber wenig aussagekräftig, da Schweregrade und Diagnosesicherung nicht bekannt waren.</p> <p>Relativ kurze Anwendungen von analyt. Verfahren und VT können signifikante Verbesserungen erzeugen, die wenigstens ein Jahr anhalten.</p> <p>Die wichtigste Frage bleibe: Welche Behandlungsform bewirkt die besten Ergebnisse für welche spezifische Störung?</p>
10	Abschließende Bewertung	<p>Sehr schlechtes Outcome für die klientenzentrierte Therapie , aufgrund der methodischen Schwächen jedoch nicht verwendbar</p>

1	Quelle	<p>Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence</p> <p>Dianne L.Chambless , Thomas H. Ollendieck</p> <p>Annu. Rev. Psychol. 2001 , 52: 685-716</p> <p>Wurde die Informationssynthese in einer Zeitschrift mit einem Gutachterverfahren (Peer review) veröffentlicht? unbekannt</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Bewertung unterschiedlicher „empirically supported therapies“ , sog. „EST´s“ im englischen Sprachraum die z.T. vergleichbar sind mit dem Ansatz zur “ evidenzbasierten Medizin“.</p> <p>(EST steht für eine empirische Vorgehensweise zur Bewertung von Psychotherapieverfahren und ist keine Abkürzung für ein Therapieverfahren.)</p>
4	Indikation	<p>Angststörung , Depression ,Panikstörung , ansonsten Plausibilität und Praktikabilität der EST`s untersucht</p> <p>Spezifität der Behandlung ; Effektivität der Behandlung</p>
5	Fragestellung / Zielsetzung	<p>Die Arbeit setzt sich kritisch mit den Modellen der EST´s auseinander.</p> <p>Für die o.g. Diagnosen werden positive Beispiele berichtet</p>

6	Methodik	<p>Systematisches Vorgehen: Primär werden die EST'S kritisch beleuchtet Folgende Bsp. der Autoren für erfolgr. Feststellungen Für den Bereich Spezifität der Therapie: (Beispiele d. Autoren) Borkovec & Costello (1993) fanden eine signifikante Überlegenheit der CBT (VT) gegenüber der nondirective therapy bei Angststörung i.S. einer Spezifität</p> <p>Stark et al.(1991) vgl CBT mit nondirective , supportive therapy und fanden eine eindeutige Überlegenheit für Depression im Kindesalter</p> <p>Für Depression im Erwachsenenalter ließ sich keine spezifische Wirksamkeit feststellen.</p> <p>Effektivität: Bsp. für hervorragende externe Validität: Wade et. al (1998)</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert? Ja Diskussion der Vor- und Nachteile von EST's</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	nein
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen <p>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt ggf. einschl. der Option <u>keine</u> Intervention?)</p> <p>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z. B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</p> <p>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</p>

8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	<p>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</p> <p>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</p> <p>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</p>
9	Fazit der Autoren	<p>Zusammenfassung der Argumente für und gegen EST's:</p> <p>Gegen: Arbeit einer kleinen Gruppe von Division 12</p> <p style="padding-left: 40px;">Quantitative Forschung eignet sich nicht für PT</p> <p style="padding-left: 40px;">EST basiert auf manualisierter Therapie</p> <p style="padding-left: 40px;">Da die Effektivität bei den meisten PT-Formen nicht differiert</p> <p style="padding-left: 40px;">Ist EST nicht notwendig</p> <p style="padding-left: 40px;">EST wird die klin. Praxis nicht bestimmen</p> <p>Für: Tab. 2 und 3 zeigen die Ergebnisse von 8 Reviewern und belegen die Notwendigkeit</p> <p style="padding-left: 40px;">EST eignet sich auch für PT</p> <p style="padding-left: 40px;">Therapeuten, die manualbasiert arbeiten, arbeiten nicht weniger effektiv als Therapeuten ohne Manual</p> <p style="padding-left: 40px;">Spezifität für Angststörung und Depression im Kindesalter ist belegt</p> <p style="padding-left: 40px;">EST kann in den klin. Alltag integriert werden</p>
10	Abschließende Bewertung	<p>(EST steht für eine empirische Vorgehensweise zur Bewertung von Psychotherapieverfahren und ist keine Abkürzung für ein Therapieverfahren.)</p> <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

1	Quelle	<p>Elliott, R.: Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In: Esser, U., Pabst, H., Speierer, G.W. (Eds.). The power of the person-centered approach: New challenges, perspectives, answers. Köln: GwG. 1996, S. 125-38.</p> <p>Elliott, R.: Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. [Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research.]. GwG Zeitschrift 1996, 101: 29-36.</p> <p>Zeitschrift-Veröffentlichung ohne Gutachterverfahren/peer review.</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Meta-Analyse, die nach Angabe des Autors kontinuierlich die verfügbare Effektforschung zu klientenzentrierten Erfahrungstherapien berücksichtigt. Basiert auf der Meta-Analyse von Greenberg, Elliott & Lietaer (1994), erweitert um Forschungsarbeiten aus den 50er, 60er und 70er Jahren.</p> <p>Verfasser arbeitet am Department of Psychology, University of Toledo, Ohio.</p>
4	Indikation	<p>Indikationsübergreifend; keine ICD-10 Diagnosen:</p> <p>gemischt neurotisch, psychosomatische oder interpersonelle Probleme; Depression; Angst; normale Populationen mit geringfügigen Problemen; chronische oder schwere Probleme; körperlich begründete Probleme (z.B. Gewicht, psychosoziale Reaktion auf Krebs); Beziehungsprobleme.</p>

5	Fragestellung / Zielsetzung	Darstellung von globalen Prae-Post-Effekten klientenzentrierter Erfahrungstherapien, Ergebnisse aus Untersuchungen mit Kontrollgruppen, Ergebnisse aus Untersuchungen, in denen Vergleiche mit klientenzentrierten Erfahrungstherapien gezogen wurden, Analyse von Faktoren, die die Effektstärken der Behandlungsergebnisse vorhersagen (Art der Erfahrungstherapie, Veränderungsmaße, Behandlungsdauer und Behandlungsmodalität, therapeutische Erfahrung, Forscherloyalität, spezifische Vergleiche zwischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen und klientenzentrierten Erfahrungstherapien.
6	Methodik	<p>Keine systematische Beschreibung des Vorgehens. Keine Angaben zu: Literaturrecherche, Berücksichtigte Datenbanken, konkreten Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien. Keine Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen. Keine Bewertung der methodischen Qualität der Primärstudien. Keine Angaben zum Umgang mit methodisch problematischen Primärstudien.</p> <p>Es wurden die Studien aus den vorangegangenen Meta-Analysen (Greenberg, Elliott und Lietaer, 1994 und Elliott 1996) verwendet, erweitert um Forschungsarbeiten aus den 50er, 60er und 70er Jahren.</p> <p>Insgesamt 66 Studien mit 2066 Klienten.</p> <p>Die wichtigsten Merkmale der einzelnen eingeschlossenen Primärstudien werden nicht beschrieben. Es finden sich nur Angaben, wie viele Studien aus den Jahren 1940 bis 1969, aus den 70igern, aus den 80igern und aus den 90iger Jahren berücksichtigt wurden und eine Merkmals-Liste anhand derer die Studien von den Untersuchern hinsichtlich der Behandlungsbedingungen, Klienten, Therapeuten, usw. eingeschätzt wurden.</p> <p>Die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien wird kurz beschrieben.</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: quantitativ (Meta-Analyse).</p> <p>Analyse der Effektmaße für Erfahrungstherapien (prae-post-Kurzzeitkatamnese-längerfristige Katamnese).</p> <p>Analyse der Effektstärken von Prä-Post-Veränderungen für jede der drei Bedingungen (Erfahrungstherapie, Nicht-Erfahrungstherapie, Kontrollbehandlung).</p> <p>Analyse der Effektstärken in den kontrollierten und Vergleichsstudien.</p> <p>Durchführung von Äquivalenzanalysen um die Ergebnisse von erfahrungszentrierten und nicht-erfahrungszentrierten Therapien zu vergleichen.</p>

7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen der Autoren	<p>Einige wichtige Ergebnisse sind tabellarisch dokumentiert.</p> <p>Klientenzentrierte Erfahrungstherapien zeigen substanzielle Prä-Post-Veränderungen und erheblich größere Veränderungen als unbehandelte oder Warteliste-Klienten. Ihre Effektivität ist nichterfahrungs-zentrierten Behandlungen gleichwertig.</p> <p>Erfahrungszentrierte und nicht-erfahrungszentrierte Therapien sind in ihrer Effektivität gleichwertig. Der Vergleich von kognitiv-verhaltenstherapeutischen mit im weitesten Sinne klientenzentriert-gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen ist uneindeutig.</p> <p>Wenn die Position des Forschers in Bezug auf die untersuchten Therapien kontrolliert wird, verschwinden die zuvor festgestellten kleinen Behandlungsunterschiede.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	<u>Keine erfolgt.</u>
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p><u>Keine ökonomische Evaluation.</u></p> <p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen <p>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt ggf. einschl. der Option <u>keine</u> Intervention?)</p> <p>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z. B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</p> <p>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	<p><u>Keine ökonomische Evaluation</u></p> <p>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</p> <p>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</p> <p>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</p>

9	Fazit der Autoren	Erfahrungszentrierte Therapien sind effektiv und nicht-erfahrungszentrierten Behandlungen gleichwertig. Erfahrungszentrierte Therapie ist bei Partnerproblemen besonders effektiv. Bei der Therapievergleichsforschung hat die Zugehörigkeit der Forscher zu einer bestimmten therapeutischen Orientierung bedeutsame Auswirkungen auf die Ergebnisse.
10	Abschließende Bewertung	Publikation für die Fragestellung der TG nur sehr eingeschränkt verwertbar. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien, Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien, sind nicht beschrieben. Die meisten Ergebnismaße wurden aus allen Behandlungen mit erfahrungszentrierten Therapien (dazu gehören auch Gestalttherapien) zusammen ermittelt. Analyse der Originalstudien ist zielführender

1	Quelle	<p>Elliot, R.: The effectiveness of humanistic therapies: A metaanalysis. In: Cain, D.J. (Eds): Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, DC: American Psychological Association. 2002, 57-81.</p> <p>Wurde die Informationssynthese in einer Zeitschrift mit einem Gutachterverfahren (Peer review) veröffentlicht? –Nicht ersichtlich.-</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Hintergrund (Kontext) der Publikation sowie Auftraggeber und die für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution nicht ersichtlich. (Vermutlich wie bei Elliott, R. 1996)</p> <p>Update vorangegangener Meta-Analysen (Greenberg, Elliott an Lietaer, 1994 und Elliott 1996)</p>
4	Indikation	<p>Indikationsübergreifend; keine ICD-10 Diagnosen:</p> <p>gemischt neurotisch, psychosomatische oder interpersonelle Probleme; Depression; Angst; normale Population mit geringfügigen Problemen; chronische oder ernste Probleme (Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen); somatisch-basierte Probleme (Gewicht, soziale Anpassung bei Krebs); Beziehungsprobleme.</p>

5	Fragestellung / Zielsetzung	<p>Nachweis der Effektivität humanistischer Therapien</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ausprägungsgrad der Veränderung von Klienten durch humanistische Therapien, Art der Veränderung und Stabilität über die Zeit.2. Zeigen Klienten humanistischer Therapien mehr Veränderungen als unbehandelte Kontrollgruppen?3. Zeigen Klienten nach Behandlung mit humanistischen Verfahren gleichgroße Veränderungen wie diejenigen nach Behandlung mit nicht-humanistischen Verfahren (kognitiv-behaviorale Therapie)?4. Welche Studien-, Klienten- und Behandlungsbedingungen verursachen Veränderungen bei Klienten in humanistischen Therapien?5. Unterscheiden sich die Hauptverfahren humanistischer Therapien („reine“ klientenzentrierte, nichtdirektiv-stützende Behandlung, prozessorientierte Erfahrungstherapien, Gestalt, Encounter, u.a.) in ihrer Effektivität?
---	------------------------------------	---

6	Methodik	<p>Keine systematische Beschreibung des Vorgehens. Keine Angaben zu: Literaturrecherche, Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum, konkreten Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien. Keine Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen. Keine Bewertung der methodischen Qualität der Primärstudien. Keine Angaben zum Umgang mit methodisch problematischen Primärstudien.</p> <p>Es wurden die Studien aus den vorangegangenen Meta-Analysen (Greenberg, Elliott und Lietaer, 1994 und Elliott 1996) verwendet und eine „substantielle Anzahl deutscher Studien zu process-experiental und emotinal focused therapy für Paare hinzugefügt und anders ausgewertet als zuvor.</p> <p>(Insgesamt 86 Studien)</p> <p>Die wichtigsten Merkmale der einzelnen eingeschlossenen Primärstudien werden nicht beschrieben. Es finden sich nur Angaben, wieviele Studien in welchen Verfahren und wieviele vor 1970, in den 70igern, in den 80igern und in den 90iger Jahren veröffentlicht wurden und eine Merkmals-Liste anhand der die Studien von den Untersuchern hinsichtlich der Behandlungsbedingungen, Klienten, Therapeuten, Studientypen eingeschätzt wurden.</p> <p>Die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien wird kurz beschrieben.</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: quantitativ (Meta-Analyse).</p> <p>Bestimmung der Veränderungs-Effektstärken</p> <p>Durchführung von Äquivalenzanalysen um die Ergebnisse von humanistischen und nicht-humanistischen Therapien zu vergleichen.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Die wichtigsten Ergebnisse sind tabellarisch dokumentiert.</p> <p>Klienten humanistischer Therapien zeigen im Durchschnitt ein großes Ausmaß an Veränderung über die Zeit.</p> <p>Posttherapeutische Veränderungen humanistischer Therapien sind stabil; sie waren sowohl in follow-up Untersuchungen unter 12 Monaten als auch nach 12 Monaten noch nachweisbar.</p> <p>In randomisierten Untersuchungen mit unbehandelter Kontrollgruppe zeigten die mit humanistischer Therapie behandelten Klienten substanziiell mehr Veränderungen, verglichen mit den unbehandelten Klienten.</p> <p>In randomisierten Therapie-Vergleichsstudien zeigten die mit humanistischen Therapien behandelten Klienten gleich große Veränderungen wie die mit nicht humanistischen Verfahren behandelten.</p> <p>Wenn die Forscherloyalität ignoriert wird, erweist sich kognitive Verhaltenstherapie gegenüber klientenzentrierter Therapie und nichtdirektiver-supportiver Therapie als leicht überlegen. Wenn die Forscherloyalität statistisch kontrolliert wird, verschwinden die Unterschiede.</p>

8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	<u>Nicht erfolgt.</u>
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p><u>Keine ökonomische Evaluation</u></p> <p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen <p>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt ggf. einschl. der Option <u>keine</u> Intervention?)</p> <p>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z. B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</p> <p>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	<p><u>Keine ökonomische Evaluation</u></p> <p>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</p> <p>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</p> <p>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</p>
9	Fazit der Autoren	<p>Humanistische Therapien sind wirksam.</p> <p>Das größte Problem aller Therapiestudien ist die Forscherloyalität.</p>

10	Abschließende Bewertung	<p>Publikation für die Fragestellung der TG nur sehr eingeschränkt verwertbar. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien, Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien, sind nicht beschrieben. Die meisten Ergebnismaße wurden aus allen Behandlungen mit humanistischen Verfahren zusammen ermittelt, einzelne Erkenntnisse zu klientenzentrierter und nichtdirektiver-supportiver Therapie liegen, außer beim Methodenvergleich, nicht vor. Bei letzterem zeigte sich in 23 Studien in denen klientenzentrierte Therapie oder nichtdirektiv-supportive Therapie mit kognitiver VT verglichen wurde, eine geringfügige Überlegenheit der kognitiven VT.</p> <p>Berechnung des Effekts der Forscherloyalität nicht nachvollziehbar.</p>
----	--------------------------------	---

1	Quelle	Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In: M.J. Lambert (Ed.). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5 th Edition), S. 493-539. New York: Wiley
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse) (siehe Feld 10) <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	- Buchkapitel aus dem renommierten „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“
4	Indikation	- Indikationsübergreifend
5	Fragestellung / Zielsetzung	- Überprüfung von genereller und spezifischer Wirksamkeit von ‚Experiential Psychotherapies‘ (EP) durch Studien von unterschiedlichem Design - Dabei werden Aspekte von genereller Wirksamkeit, vergleichender Wirksamkeit, Prozessforschung, Prädiktoranalysen berücksichtigt, ebenso wie verschiedenen Formen von EP (Client-Centered, Supportive/Nondirective + Minor Directive, Process-Experiential/Emotion-Focused, Emotionally Focused PT for Couples, Other)

6	Methodik	Systematik des Vorgehens: <ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen wird berichtet, fehlende Recherchestrategie, kein Hinweis auf recherchierte Datenbanken - Beschreibung der wichtigsten Merkmale tabellarisch; aufgrund der Menge der Daten werden nicht alle möglichen Statistiken berichtet - Einschluss von weiteren 125 neuen Studien in die MA, welche seit der letzten Auflage des ‚Handbook‘ publiziert wurden. - N = 6569 für prä-post Effekstärken - N = 1149 für Kontrollgruppenstudien - N = 1475 für Therapievergleichsstudien - Vergl. Tab. 11.6 (S. 510) für Prädiktoranalysen - Berichte qualitativ und quantitativ - Allerdings: generelles, der metaanalytischen Vorgehensweise inhärentes Problem der Vergleichbarkeit der verschiedenen Daten bei breitem Einschluss vieler Studien
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vgl. Tab. 11.2 (S. 502) - Generell große Effekte - Genauso gut wie andere Therapien in Vergleichsstudien - Innerhalb der EP erzielen eher prozess-direktive Verfahren leicht bessere Effekte als die nicht-direktiven (siehe Tab. 11.2)
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	- Nein.
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	Siehe 8.
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	Siehe 8.

9	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none">- Generelle Wirksamkeit empirisch nachgewiesen, insbesondere für 4 Bereiche:<ul style="list-style-type: none">o <u>Depression</u>: „wirksam“ (gleich gut wie etablierte Verfahren oder besser als andere aktive Behandlung in 2 unabhängigen Untersuchungssettings)o <u>Angst</u>: „wahrscheinlich wirksam“ (mind. 1 Studie zeigt Äquivalenz zu etabliertem Verfahren; allerdings diskutieren die Autoren eine mögliche Überlegenheit von CBT)o <u>Trauma und Missbrauch</u>: „wirksam und spezifisch“ (möglicherweise sind die prozess-direktiven Anteile bedeutsam für die therapeutischen Erfolge)o <u>Eheprobleme</u>: „wirksam und wahrscheinlich spezifisch“
---	--------------------------	---

10	<p>Abschließende Bewertung</p>	<p>Bewertung der Aussagen zu einzelnen Indikationen aus dem Fazit (nach Chambless & Hollon Kriterien):</p> <p><u>Angststörungen (S. 511):</u> Die Schlussfolgerung GT sei „wahrscheinlich wirksam“ beruht auf Studien von Borkovec. Diese wurden von der TG einzeln geprüft.</p> <p><u>Trauma und Missbrauch (S. 512):</u> Die drei Vergleichsstudien, welche die Schlussfolgerung „wirksam“ begründen, wenden keine GT im klassischen Sinne an, sondern „meaning creation + empty chair“ (Clarke 1993) oder „empty chair dialogue“ (Souliere 1995) oder Process Experiential (Paivio & Greenberg 1995). Welche davon für die Fragestellung der TG relevant sind, ist in der Einzelprüfung zu klären.</p> <p><u>Depression (S. 513):</u> Zahlreiche Studien als Wirksamkeitsbeleg angeführt. Welche davon für die Fragestellung der TG relevant sind, ist in der Einzelprüfung zu klären.</p> <p><u>Eheprobleme:</u> Keine krankheitswertige Störung</p> <p>Beurteilung der Meta-Analyse nach formalen Gesichtspunkten Die Studie von Elliott erfüllt wesentliche methodische Kriterien einer Metaanalyse nicht. So fehlen für die Bewertung der Ergebnisse wichtige Angaben zur Literaturrecherche, zu den Ein- und Ausschlusskriterien von Einzelstudien, zum Studiendesign, zu den vorliegenden Erkrankungen, zu den Therapieschemata, zu den Patientencharakteristika und zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Aufgrund der methodischen Mängel sind die Aussagen der Studie für die Nutzenbewertung der GT nicht zu verwerfen.</p> <p>Es wurde ein Abgleich mit den einzelnen Vergleichs- und Kontrollstudien durchgeführt, um eventuell bisher nicht berücksichtigte Studien in den Beratungsprozess mit aufzunehmen. Darüber hinaus ist der Begriff der CCT weiter ausgelegt als der Fragestellung der Themengruppe entspricht.</p> <p>Abgleich der Literatur Ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe wurde vorgenommen. Einzelprüfung relevanter Studien wurde vorgenommen.</p>
----	---------------------------------------	--

1	Quelle	<p>Frohburg, I.: Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Übersichtsarbeit. Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2002. 33 (3): 196-208.</p> <p>Wurde die Informationssynthese in einer Zeitschrift mit einem Gutachterverfahren (Peer review) veröffentlicht? –Nein -.</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Überarbeitete Fassung eines Vortrages zum 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 22.-26.09.2002 in Berlin.</p> <p>Auftraggeber unbekannt.</p> <p>Entstanden am Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin.</p>
4	Indikation	<p>Indikationsübergreifend</p>
5	Fragestellung / Zielsetzung	<p>Überblick über den Forschungsstand zu katamnestischen Untersuchungen im Bereich der Gesprächspsychotherapie mit Erwachsenen.</p>

6	Methodik	<p><u>Literaturrecherche</u>. „allgemein zugängliche relevante Buch- und Zeitschriftenpublikationen unter Nutzung von bibliografischen Katalogen, Abstract-Sammlungen und Homepages sowie elektronischen Datenbanken (insb. PSYNDEX)“;</p> <p><u>Zeitraum</u>: alle auffindbaren Studien mit Katamnese, Älteste aus dem Jahr 1950; . Einschlusskriterien: nur solche Studien, die „Langzeiteffekte von Gesprächspsychotherapien im heilkundlichen Bereich erfassen“; insgesamt 41 (ca. 2000 Patienten).</p> <p><u>Ausschlusskriterien</u>: Untersuchungen zu Beratungen nach dem GT-Konzept, GT bei Beziehungs-, Partner-, und Eheschwierigkeiten, Ergebnisse von Encountergruppen.</p> <p>Keine Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien.</p> <p>Folgende Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind in einer tabellarischen Übersicht angegeben: Studientyp (Effektivitätsstudie mit ergänzender Katamnese, methodenbezogene Vergleichsstudie), in Deutschland publiziert, Diagnosen nach sehr heterogener, z.T. unbekannter Zuordnung, Setting: ambulant, stationär, tagesklinisch, auf internistischer Station, Einzelth., Gruppenth., Diagnostik: störungsbezogen, persönlichkeitsbezogen, andere Daten, Katamnesezeitraum, Veränderungsscores, Veränderungen im Katamnese-Zeitraum.</p> <p>Keine Beschreibung von: Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, konkrete Messung der Zielkriterien bezogen auf die einzelnen eingeschlossenen Primärstudien.</p> <p>Keine systematische Bewertung der methodischen Qualität der einzelnen Primärstudien: Tenor: „Methodische Unzulänglichkeiten in einigen Studien können vernachlässigt werden (s. S.12).“</p> <p>Die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien wird nicht beschrieben.</p> <p>Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ, grob in Textform.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Sind die wichtigsten Ergebnisse tabellarisch dokumentiert?</p> <p>- Nein -.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	<p>Keine erfolgt</p>

8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	Studiendesign der ökonomischen Evaluation: <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	Keine
9	Fazit der Autoren	Die bei Therapieabschluss erreichten klinisch relevanten Behandlungseffekte bleiben langfristig erhalten. Positive Langzeiteffekte sind für unterschiedliche Indikationsbereiche und unter unterschiedlichen gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsbedingungen nachgewiesen, sowohl auf Symptomebene als auch hinsichtlich klinisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale und des Selbsterlebens. Es ließen sich häufig positive Späteeffekte aufzeigen, die ein besonderes Charakteristikum der GT sein könnten.
10	Abschließende Bewertung	Insgesamt handelt es sich bei der Arbeit von Frohburg um einen Querschnitt der damaligen Katamnesestudien zur Gesprächspsychotherapie. Aufgrund fehlender methodischer Standards und oft unzureichender Angaben zu den Einzelstudien muss die Validität der Ergebnisse in Zweifel gezogen werden. Ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe wurde vorgenommen. Einzelprüfung relevanter Studien wurde vorgenommen.

1	Quelle	<p>Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe, 1994, 1995 und 2001</p> <p>und</p> <p>Psychodynamische und humanistische Therapien in der empirisch kontrollierten Psychotherapieforschung . Inauguraldissertation der Universität Bern von Ruth Elisabeth Donati - Cueni von Astano, Bern 1995.</p>
2	Dokumenttyp	<p>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen:</p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)</p> <p><input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese</p> <p><input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie</p> <p><input type="checkbox"/> Narrativer Review</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugsrahmen	<p>Metaanalytische Großstudie. Der verantwortliche Forschungsleiter ist ein Vertreter einer speziellen Form von Verhaltenstherapie (interaktionelle Verhaltenstherapie). Die von ihm selbst durchgeführten Studien haben von daher betrachtet den Heimvorteil, den Luborsky empirisch aufzeigen konnte. Dies gilt vor allem für eine unvoreilhaftige Führung und Zusammenstellung der Kontrollgruppen, in diesem Fall in den eigenen Studien der Gesprächstherapie, dient aber nicht in direktem Zusammenhang mit dieser metaanalytischen Studie.</p>
4	Indikation	<p>Keine einheitlichen Indikationen. Aufgeführt sind Neurotiker, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, Partnerprobleme, soziale Angst, Stottern , Anpassungsstörungen, Phobien, Mütter von Leukämiekindern, Schlafstörungen, familiäre Probleme.</p>

5	Fragestellung / Zielsetzung	Beschreibt die Selektions- und Ausschlusskriterien des metaanalytischen Großprojektes. Die gesamte Studie, die sehr viele Therapieformen, nämlich Gestalttherapie, humanistische Therapien, psychodynamische Therapien, Verhaltenstherapien etc. einschließt, hat folgende Zielsetzungen. Qualitative Eigenart der Wirkung der untersuchten Therapien, Wirkungsspektrum über Veränderungsbereiche. Unterschiedlichkeit der Therapieeffekte bei verschiedenen Patienten, Veränderungsvarianzen innerhalb der Behandlungsgruppen, differentielle Indikation, bedeutsame Zusammenhänge zwischen Therapieeffekten und Ausgangsmerkmalen und Wirkungsweise der untersuchten Therapien (Therapieeffekte und Prozessmerkmale)
6	Methodik	<p>Gesamtstudie</p> <p>Alle Studien für den Zeitraum bis 1983/84 Publikationsdaten, die eine psychologische Beeinflussung mit therapeutischer Zielsetzung in einer der Methode angemessenen Intensität und in der mindestens eine Variable, Therapiemethode, Patienten oder Therapeuten, Merkmal Setting, experimentell kontrolliert und ein gruppenstatistischer Vergleich entweder mit einer Kontrollbedingung und/oder mindestens einer weiteren Behandlungsbedingung vorgenommen worden war (3500). Zweiter Selektionsschritt. Ausschluss: Studien unter N=4, weniger als 4 Sitzungen. Es verbleiben 897 Studien, davon 35 Gesprächstherapie. Standardisiertes Güteprofil für die Primärstudien hinsichtlich klinischer Relevanz, interner Validität, Güte der Information, Vorsicht bei der Interpretation. Die 35 Studien liegen in Bezug auf Reichhaltigkeit der Messung und Güte der Auswertung, Reichhaltigkeit der Ergebnisse und Indikationsrelevanz über dem Durchschnitt aller Studien in Bezug auf die klinische Relevanz, die interne Validität, Güte der Information und Vorsicht bei der Interpretation unterhalb. Die Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind in einer tabellarischen Übersicht beschrieben. Desgleichen die Extraktion der Daten aus den eingeschlossenen Studien. Die Verfahren zur Zusammenfassung sind ebenfalls beschrieben. Therapeuten sind spezifiziert nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppenzugehörigkeit, Ausbildung, Erfahrung, therapeutischer Orientierung, Identifikation mit der durchgeführten Therapie. Die neueren Therapieentwicklungen innerhalb der Gesprächstherapie wie Fokussierung und Zielorientiertes Vorgehen (Tscheulin, Gendlin, Sachsse und Maus) sind nicht berücksichtigt.</p>

7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>7 Studien, Kombination mit anderen Techniken außer VT, durchschnittliche Dauer unter 20 Therapiesitzungen, ambulante Einzeltherapie (mehrheitlich). Versuchspläne unterdurchschnittliche Qualität. Vergleich mit Psychodynamik: 5 Studien, eine davon wurde vom Ausschuss bereits ausgeschlossen (Meyer 81), ansonsten keine Unterschiede (signifikant).</p> <p>20 mit verhaltenstherapeutischen Behandlungsbedingungen mit einer deutlichen Überlegenheit der Verhaltenstherapie:</p> <p>Zusammenfassung: Gesprächstherapie nachweislich wirksames Verfahren, für ein weites Spektrum von Störungen bei Unterlegenheit gegenüber den verhaltenstherapeutischen Methoden. Nicht direktives therapeutisches Vorgehen sei bei Patienten mit gering entwickelter Autonomie und vorherrschenden externalen Kontrollerwartungen kontraindiziert. Die spezifischen Wirkungsbedingungen werden auch für andere Behandlungsverfahren geltend gemacht (Selbstexploration, Empathie und Wertschätzung)</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	Ist nicht erfolgt
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	<p>Gesprächstherapie ist ein wirksames Verfahren für ein weites Spektrum an Störungen, allerdings den kognitiv behavioralen Verfahren unterlegen</p> <p>Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer Psychotherapie im Wandel, S. 139 :</p> <p>„... muss bezweifelt werden dass die für die GT gefundenen Ergebnisse für diese Therapieform spezifisch sind.“</p>

10	Abschließende Bewertung	<p>Die von den Autoren als Meta-Analyse bezeichnete Studie umfasst u.a. auch eine kritische Übersicht von Studien zur GT. Insbesondere aufgrund der erheblichen Heterogenität der eingeschlossenen Einzelstudien sowie der Art der vorgenommenen Quantifizierung der Ergebnisse ist eine Auswertung bezogen auf die Fragestellung der TG nicht möglich:</p> <p>Daher wurde ein Abgleich der in der Studie genannten Vergleichs- und Kontrollstudien mit der Liste der Themengruppe mit anschließender Einzelprüfung der relevanten Studien vorgenommen.</p>
----	--------------------------------	---

1	Quelle	Luborsky, Lester, Barton Singer & Lise Luborsky: Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? Arch.Gen.Psychiatry, Vol.32, Aug.1975, S.995-1008.
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Department für Psychiatrie der Universität Pennsylvania. Luborsky ist ein Vertreter der psychodynamischen Therapien, im speziellen den in den USA expressive psychodynamic therapy genannten Verfahren und hat ein eigenes Manual für solche Behandlungen im sitzenden Setting entwickelt. Im vorliegenden Fall versucht er einen allgemeinen Therapievergleich in Bezug auf die methodische Präzision aller ihm vorliegenden Studien zu erstellen.
4	Indikation	Die werden nicht im Einzelnen aufgeführt, sie sind allerdings indirekt in den Gütekriterien enthalten. Schwere der Erkrankung der Patienten bei Beginn, echte Patienten. Junge Erwachsene, Erwachsene. Ausschluss psychotisch.
5	Fragestellung / Zielsetzung	Äquivalenzuntersuchungen, in Teilen die Suche nach dem optimalen Passverhältnis zwischen Behandlungsform und Störungsbild.

6	Methodik	<p>Macht geltend, die zum Untersuchungszeitpunkt (Mitte der 70-er Jahre) umfassendste Therapievergleichsstudie erstellt zu haben. Die Grundgesamtheit der Studien, aus denen die vorliegende Stichprobe gezogen wurde, ist nicht angegeben. Es sind insgesamt 91, die hinsichtlich ihrer Gütekriterien eingeschätzt werden.</p> <p>Die Gütekriterien sind Vergleichbarkeit der Gruppen in wichtigen Dimensionen, beispielsweise Schwere der Erkrankung zu Beginn, Zufallsaufteilung versus Gruppenmatching oder Paarmatching. Keine Unterschiede in Bezug auf die Therapieabbrecher, echte Patienten, Kompetenz und, Erfahrung der Therapeuten, Wertschätzung der Behandlungen durch Therapeuten und Patienten.</p> <p>Zielerreichungsskala, unabhängige Maße für den Erfolg (Therapeut/Patient/externe Maße), Informationen über parallellaufende Behandlungen, unabhängige Stichproben für die Behandlungsformen, Dosiswirkungsvergleich möglich, minimale Wirkungs-dosis, angemessene Stichprobe. Die Studien wurden hinsichtlich dieser Kriterien geordnet. Die Reliabilität dieser Einschätzungen bei zwei Ratern Luborsky und Singer betrug 84. Die wichtigsten Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind nicht beschrieben, aber indirekt durch Gütekriterien kontrolliert. Es gibt keine Aussagen über die Einzelheiten der Interventionen. Das Verfahren der Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse ist der sog. Box-Score. Dabei wird ausgezählt, in wieviel Studien die eine oder andere Behandlung besser als die andere war und die Anzahl in der es keine signifikanten Unterschiede gab. Diese Werte werden dann ausgezählt und interpretiert. Dafür gibt es keine Signifikanzprüfungen. Stichprobenartige Überprüfung der verwendeten Primärliteratur wurde nicht gemacht.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Insgesamt ergab der Vergleich der klientenzentrierten Behandlungen mit anderen Therapien, dass in den 5 auswertbaren Studien 4 keine Unterschiede hatten, eine erbrachte für andere traditionelle Psychotherapieformen bessere Ergebnisse.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen

8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	Den Autoren ging es um den Vergleich einer Reihe von Variablen wie Psychopharmakotherapie, die klientenzentrierte Therapie war nur ein kleiner Ausschnitt
10	Abschließende Bewertung	Die Studie kann nicht mitberücksichtigt werden, es muss auf die Einzelfallstudien zurückgegriffen werden.

1	Quelle	Matt Georg E. "Behandlungseffekte und Studienmerkmale: Eine metaanalytische Untersuchung zur Praxis der Psychotherapieeffektforschung" Gruppendynamik, 1987, S.345-360
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Doktorarbeit von Georg E. Matt zusammen mit Wittmann. Der erste Übertragungsversuch der Methodik der Metaanalyse auf den deutschsprachigen Raum, hat eher experimentellen Charakter.

4	Indikation	<p>Die Angaben sind wenig verlässlich, leichtere Form kaum näher beschriebener, neurotischer Störungen, „normale“ Erwachsene ohne spezifische Störungen, d.h. ein hoher Anteil von Analogstudien. 3 Studien mit Psychosomatischen Störungen, zwei mit Depressionen, 14 mit sozialen Ängsten bei Studenten. Man kann davon ausgehen, dass das die Analogstudien sind.</p> <p>Die Patienten sind eher jung, d.h. der Studentenanteil ist sehr stark überrepräsentiert. Der Mittelwert liegt bei 24 Jahren. Der Auslesevorgang war, dass für den Zeitraum 71 bis 82 computergestützt und manuell nach Psychotherapiestudien gesucht wurde, die der Definition von Meltzoff et.al. „Psychotherapy is the informed and planful application of techniques derived from established psychological principles“ folgte. 76 Studien wurden gefunden, mit denen 86 Behandlungsvergleiche durchgeführt wurden. Ein internes Kodierverfahren, das Merkmale der Validität der statistischen Schlussfolgerungen, Konstruktvalidität und andere Validitätsformen festhielt, wurde erarbeitet. Die Effektstärken wurden nach dem Standardverfahren von Smith & Glass errechnet. Die Effektstärke ist der Mittelwert der Postmessung der Therapiegruppe minus dem Mittelwert der Postmessung der Kontrollgruppe: Standardabweichung der Postmessung der Kontrollgruppe.</p> <p>Die Qualität der Studien ist in Bezug auf die Zusammenstellung der Kontrollgruppen eher schlecht. Die wesentlichen Messverfahren sind FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar), GT (Giessen Test), Leistungsprüfsystem (ein Intelligenztest), also keine Verfahren, die eine spezifische Sensitivität für Psychotherapieprozesse hatten. Das wird von den Autoren auch so gesehen.</p> <p>Die Traitinventare sind am wenigsten dazu geeignet, Effekte von therapeutischen Maßnahmen zu erfassen. Die durchschnittliche Dauer der klientenzentrierten Behandlung liegt bei 10,8 Stunden, so dass auch von hier eine Repräsentativität der Studie für die Versorgung nicht gegeben ist. Das Ergebnis ist, dass die klientenzentrierte Orientierungen eine Effektstärke von .25 aufzuweisen hatten gegenüber .50 Verhaltenstherapie und .32 analytische Orientierung. Die Spieltherapie, die als klientenzentriert figuriert, hat eine Effektstärke von .50, wobei offensichtlich hier gerade die schwer gestörten Patientengruppen zu finden sind. Die Studie ist wenig aussagekräftig. Die Schlussfolgerung der Autoren ist, dass es eigentlich keinen Unterschied gibt, weil die Aussage über die Effektstärken so stark mit der Güte der Methodik der Studien korreliert, dass „Wären die Studien in den 4 Behandlungsklassen von vergleichbarer methodischer Qualität gewesen, dann könnten sich keine statistischen absicherbaren Unterschiede hinsichtlich ihrer Effektivität nachweisen lassen“.</p>
5	Fragestellung / Zielsetzung	
6	Methodik	
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	

8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	Die Schlussfolgerung der Autoren ist, dass es eigentlich keinen Unterschied zwischen den Therapieverfahren gibt, weil die Aussagen über die Effektstärken stark mit der Güte der Methodik der Studien korreliert.
10	Abschließende Bewertung	Keine Relevanz für die Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Ruhmland M. Margraf Effektivität psychologischer Therapien von generalisierten Angststörungen und sozialer Phobie : Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie, 2001; 11 (1): 27 – 40.
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Universitätsforschung. Zusammenstellung von Studien zur generalisierten Angststörung und sozialen Phobie. Durchführung von Metaanalysen.
4	Indikation	Alle auf deutsch oder englisch veröffentlichten Studien, die die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von sozialer Phobie und generalisierter Angststörung untersuchten. Die generalisierten Angststörungen waren mittel bis schwer gestört
5	Fragestellung / Zielsetzung	Fragestellung Vergleichende Wirksamkeit Zielsetzung Über die Methodik der Metaanalyse sollte die vergleichende Wirksamkeit von verschiedenen verhaltenstherapeutischen oder auch anderen Therapien, speziell psychodynamische und nondirektive Therapie überprüft werden.

6	Methodik	<p>Ausgeschlossen wurden Studien, die lediglich Einzelfälle darstellten, Analogstudien, Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Medikamentenstudien (auch solche, in denen Psychotherapie mit Medikamenten kombiniert wurde) und Studien, in denen Komorbidität auftrat. Studien, die neben der Untersuchung von Medikamenten auch reine Psychotherapiegruppen enthielten, wurden in der Auswertung einbezogen. Hier wurde nur die Psychotherapieleistung ausgewertet.</p> <p>Recherche</p> <p>CD ROM PsycLit 1974-1997 und Medline 1966-1997.</p> <p>Stichwörter: „social phobia“, „generalized anxiety“, „treatment“, „therapy“ und „outcome“.</p> <p>Literaturverzeichnisse der gefundenen Studien. Fundstellen: 56 Studien für soziale Phobie und 35 für GAS, Ausgewertet wurden nur Studien mit mindestens 3 Erfolgsmaßen und Angaben über die Streuungswerte. Von den 56 Studien verblieben 29 (15 für soziale Phobie und 14 für GAS)</p> <p>Wegen der nicht ausreichenden Anzahl von Effektstärkenwerten GT nur nach Behandlungsende.</p> <p>Hauptsymptomatik, andere Ängste / Ängstlichkeit , Depressivität , Beeinträchtigung bei der Arbeit, Freizeit , Familie , Symptomatik insgesamt und soziale Integration.</p> <p>Kategorien variieren in den beiden Störungsgruppen</p>
---	-----------------	--

7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>N=35 mit non direkter Therapie beendet haben 32, Ausfallquote 8%, durchschnittliche Therapiedauer 6 Wochen, keine ITT-Analyse, keine systematischen Hinweise auf relevante Unterschiede. Allerdings ist die Drop-out-Quote sehr niedrig. Ein Grund dafür könnte sein, dass gemäß der Studie im Original die non direktiven Patienten signifikant mehr zwischenzeitliche Behandlungen als die kognitive Verhaltenstherapie bekommen hatten (61% vs. 16%).</p> <p>Therapiedauer recht unterschiedlich zwischen 6 Wochen (GT) und 21,33 Psychodynamische Therapie. Die Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen in Bezug auf die Dosiswirkungsrelation ist nur beschränkt gegeben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angewandte Entspannung (ES = 1,65), Kognitive Verhaltenstherapie (CBT, ES = 1,43) und Kognitive Therapie (CT, ES = 1,20) zeigen die größten durchschnittlichen prä-post Effekte - Nondirektive Therapie hat eine Effektstärke von ES = 1,00 in Bezug auf die Hauptsymptomatik - Katamnestic zeigt von den untersuchten Verfahren CBT (ES = 1,23) die besten Effekte. <p>Für soziale Phobie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfrontation (ES = 1,76, aber hohe Streuung) und CT (1,13) zeigen beste Effekte, katamnestic CBT (ES = 1,39). <p>Nondirektive Verfahren wurden nicht untersucht.</p> <p>Auf Grund der fehlenden Standardabweichungen konnten nur zwei Studien über die 3 Meßwertpunkte ausgewertet werden und zwar kognitive Behaviorale Therapie und Training sozialer Kompetenzen. Die Behandlung mit GT brachte Ergebnisse, die sehr zufriedenstellend sind, (Effektstärke 1,38 nach der Originalarbeit). Allerdings relativieren die Autoren der Originalarbeit ihre Schlussfolgerung unter Hinweis auf die Nichtvergleichbarkeit des Dosis-Wirkungsverhältnisses. (61 % hätten zwischenzeitliche Behandlungen bekommen im Vergleich zu 16% der kognitiv behavioralen Gruppe).</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	n/a
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation:</p> <p>n/a</p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	n/a

9	Fazit der Autoren	Die generalisierte Angststörung wird von den Autoren so interpretiert, dass die Reduktion der Angstsymptomatik am besten mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt würde. Das ist im Wesentlichen kognitive Restrukturierung und progressive Entspannung. Die Desensibilisierung und Biofeedback ist gleichwirksam wie eine Pseudotherapie.
10	Abschließende Bewertung	<p>Aus der Metaanalyse ist nicht ersichtlich, ob die angewandte Therapie mit der GT, wie sie in Deutschland angewandt wird, vergleichbar ist.</p> <p>Für Bewertung der TG muss die metanalytische Ebene verlassen werden und die Originalarbeit, herangezogen werden. Die Arbeit ist von Borkovec et al. (1987) „The Effects of relaxation training with cognitive and non directive therapy in the treatment of generalized anxiety disorders .J. of Consulting and Clinical Psychology, 87, 55,883.888. (=Ref ID: 868)</p> <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

1	Quelle	Ruhmland M. Margraf Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie : Meta-Analysen auf Störungsebene. Verhaltenstherapie,2001; 11 (1): 41-53
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Universitätsforschung. Zusammenstellung und Auswertung von Fremdstudien .
4	Indikation	Panikstörung mit Agoraphobie sowie Panikstörung ohne Agoraphobie.
5	Fragestellung / Zielsetzung	Vergleichende Wirksamkeit aller psychologischen Therapien, die durch niedergelassene praktisch tätige Therapeuten durchgeführt werden können und die zur Behandlung von Panik- und Agoraphobie eingesetzt werden. Die Effektstärken werden als Messgrundlage benutzt. Allerdings nach einem Schema, das die Autoren selbst entworfen haben.

6	Methodik	<p>Relevante Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Panikstörung mit und ohne Agoraphobie. Studien, die nur Einzelfälle darstellen, Analogstudien, Kinder- und Jugendlichen- und Medikamentenstudien auch in Kombination mit Psychotherapie wurden ebenso ausgeschlossen wie Studien, in denen Komorbidität auftrat. Medikamentenstudien, in denen reine Psychotherapiegruppen enthalten waren, wurden aufgenommen.</p> <p>Angewandtes Psychotherapieverfahren</p> <p>Non-direktive Therapien sind jene Behandlungen, die explizit diese Therapieart durchführten, oder die durch Informationsunterstützung und das therapeutische Gespräch eine Verbesserung der Symptomatik zu erzielen versuchten.</p> <p>Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren</p> <p>Konfrontation in vivo, kognitiv behaviorale Therapie, kognitive Therapie, Entspannung, psychodynamische Therapie und Warteliste.</p> <p>Studiendesign</p> <p>Such nach PsycLit 74 -97 und Medline 66-97: Stichworte: Panic, Agoraphobia, Treatment, Therapy and Outcome. Fundstellen 45 für Panikstörungen mit Agoraphobie und 6 Panikstörungen ohne .Für GT eine mit 4 Behandlungsgruppen bei Panikstörungen mit Agoraphobie und keine für Panikstörung ohne. Mindestens vier Effektstärkenmasse als Grundlage der Berechnung des mittleren Effektes.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Für die Panikstörung ohne Agoraphobie liegen keine Studien zur non-direktiven Therapie vor. Für die mit Agoraphobie sind die non-direktiven Therapien den Warte-Kontrollgruppen signifikant überlegen. Allerdings sind sie im Vergleich zu den kognitiven und verhaltenstherapeutischen Verfahren deutlich schlechter. Konfrontation in vivo hat die stärksten Veränderungen der Beeinträchtigung im Lebensalltag, allerdings auch die höchsten Abbruchquoten. Die Effekte für kognitiv behaviorale und non-direktive Therapie sind deutlich geringer. Psychopathologische Symptomatik ist nicht auswertbar für non-direktive Therapie. In die statistische Auswertung wurden lediglich Behandlungsarten aufgenommen, für die mindestens 5 Effektstörungen und die Streuungsmasse vorlagen. Dies war nur für kognitiv behaviorale Therapie, Konfrontationen und die Wartekontrollgruppen der Fall.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	n/a
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	n / a
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	n/a

9	Fazit der Autoren	Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Verfahren auf allen Ebenen
10	Abschließende Bewertung	Aus der Meta-Analyse ist nicht ersichtlich, ob die angewandte Therapie mit der GT, wie sie in Deutschland angewandt wird, vergleichbar ist. Man muss auf die Originalarbeiten, die die non-direktive Behandlung mit den anderen Verfahren vergleichen, zurückgreifen. Dies ist Craske, Maidenberg et al. 1995 Cognitive Behavioral vs. non directive therapy for panic disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology 95,26,113-120 (Ref ID 845) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Smith M.L, Glass G.V., "Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies" American Psychologist, 1977, Band 32, S.752-760
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informations synthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informations synthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Von der Spencer Foundation Illinois finanziertes Forschungsprojekt, das den ersten Versuch darstellt, einer lückenlosen statistisch haltbaren und aussagekräftigen Effektanalyse.
4	Indikation	Psychotisch und neurotisch ohne nähere Angaben.
5	Fragestellung / Zielsetzung	1) Identifikation aller Studien, die Effekte von Beratung und Psychotherapie untersuchten, 2) die Größe des Effekts der Psychotherapie in jeder Studie messen, 3) die Effekte von unterschiedlichen Typen von Therapie untersuchen, und die Effektstärke auf Diagnose und andere Charakteristika des Designs bspw. Training des Therapeuten zu beziehen, darauf anschließend eine Meta-analyse.

6	Methodik	<p>1000 Dokumente über System der Bibliographien, 500 Studien wurden eingeschlossen und 375 vollständig analysiert. Die Bedingungen für die Einschlussverfahren: wenigstens eine Behandlungsgruppe mit einer unbehandelten Gruppe oder einer anderen Therapiegruppe musste verglichen werden.</p> <p>Definitionsmerkmal für Psychotherapie von Meltzhoff: „Psychotherapy is the informed and planful application of techniques derived from established psychological principles...“ In die Auswertung wurde „Beratung“ eingeschlossen, im Gegensatz zu Luborsky, auch Analogstudien. Die Effektstärke wurde nach den damals üblichen Maßen berechnet. Die Differenz zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe dividiert durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe, es wird nicht angegeben, ob am Ende oder am Schluss oder gemittelt. Die Effektstärken wurden über die Studien nicht gemittelt, sondern einzeln berechnet, daraus könnten sich statistische Auswertungsprobleme ergeben, was die Autoren auch anführen. Die Erfolgsmaße schlossen verschiedene Bereiche ein: Angst, Selbstwertgefühl, physiologischen Stress usw. 833 Effektstärken wurden berechnet. Der Einfluss von 16 Variablen auf die Effektstärken wurde errechnet, Dauer der Behandlung in Stunden. Gruppen-/Individualtherapie, Erfahrung des Therapeuten, Diagnose Neurose/Psychose, Alter der Patienten, IQ der Patienten. Psychologie oder Psychiatrie, Bildung, sozial ethnische Ähnlichkeiten zwischen Therapeut und Patient, Art des Outcome Maßes, Anzahl der Monate nach Ende der Behandlung, und andere hier nicht interessante Variablen. Als Therapieverfahren wurden unterschieden; psychodynamisch, klientenzentriert, rational-emotiv, behavior therapy usw. Die Reliabilität der Maße wurde bestimmt, indem die Kodierungen von 20 Studien von 2 Autoren und 4 Assistenten separat ausgewertet wurde, die Übereinstimmung lag bei 90%.</p>
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Für die klientenzentrierte Beratung ergab sich eine mittlere Effektstärke von .63 mit einem Standardfehler von 0,8 mit .59 für die psychodynamischen Verfahren und .91 für die systematische Desensibilisierung, die allerdings mit 223 Effektstärken übervertreten war.</p>
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen

8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	
9	Fazit der Autoren	Für die klientenzentrierte Beratung ergab sich eine mittlere Effektstärke von .63 , .59 für die psychodynamischen und .91 für die systematische Desensibilisierung.
10	Abschließende Bewertung	<p>Die Studie ist von eher historischem Interesse. Die Therapien wurden nicht in Bezug auf Dauer/ Schwere der Erkrankung und Art der Outcome-Erhebung unterschieden, so dass die Effektstärken diese Variablen nicht mitberücksichtigen. Dazu ist die starke Abhängigkeit von der Anzahl der Effektmaße (im Vergleich 223 für die systematische Desensibilisierung gegenüber 94 für die klientenzentrierte) nicht berücksichtigt worden.</p> <p>Die Diagnosen der Patienten, nämlich Psychose/Neurose weisen keine Korrelation mit der Effektstärke auf.</p> <p>Der IQ der Patienten hat einen erheblichen Einfluss auf die Effektstärken. Insgesamt ist die Studie nicht verwertbar und man muss die entsprechenden Einzelfallstudien für die Gesprächstherapie heranziehen.</p>

1	Quelle	Speierer GW. Neuere empirische Ergebnisse zur Therapie, Diagnostik und Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie.. Psychologie in der Medizin 1996; 7 (3): 8-14.
2	Dokumenttyp	
3	Bezugsrahmen	Übersichtsarbeit zur Klärung von gesprächspsychotherapeutischen Konzepten. Keine empirische Studie. Keine systematische Literaturübersicht oder Metaanalyse. Verweis auf eine Reihe von empirischen Studien. narrativer Review
4	Indikation	Konzeptdarlegung
5	Fragestellung / Zielsetzung	Versuch des Nachweises, dass GT „die Voraussetzungen erfüllt, die für eine theoriegeleitete person- und störungsspezifische differentielle Therapie nach dem Stand ihrer Krankheitslehre möglich undnötig“ erscheinen
6	Methodik	Literaturarbeit
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	s.u.
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	entfällt
8.1		
8.2		
9	Fazit der Autoren	Es werden neue störungstheoretische Ansätze angewendet und differentielle Therapien durchgeführt. Mit Hilfe des vorliegenden Instrumentariums sind differentielle Diagnostik, Therapieplanung, Prozess- und Erfolgskontrolle möglich. Befunde zur Effektivität zeigen, dass GT dem Vergleich mit anderen Therapieverfahren standhalten kann.
10	Abschließende Bewertung	Unsystematische Übersichtsarbeit, keine Therapiestudie Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Tschuschke, V. und Kächele, H. What do Psychotherapies achieve? A Contribution to the Debate Centered around Differential Effects of Different Treatment Concepts, In: In: Esser U, Pabst H, Speierer GW (Hrsg) The Power of the Person-Centered-Approach. GwG-Verlag, Köln, S 159-181.
2	Dokumenttyp	Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen: <input type="checkbox"/> HTA-Bericht <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse) <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie <input type="checkbox"/> Narrativer Review <input checked="" type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar
3	Bezugsrahmen	Führende Methodikexperten unterschiedlicher Therapierichtungen haben ein Symposium über die methodologischen Rahmenrandbedingungen und Grenzen der Psychotherapieforschung veranstaltet.
4	Indikation	Es geht um die gleichen Patientengruppen wie in der Grawestudie von 1994, Neurosen, psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörung. Ausgeschlossen wurden Karzinome und schwere somatische Erkrankungen
5	Fragestellung / Zielsetzung	Überprüfung der Güte, der Methodik sowie der Schlussfolgerungen der Grawe - Metaanalyse exemplifiziert am Beispiel des Vergleichs psychoanalytischer Studien mit sogenannten kognitiv behavioralen Behandlungen
6	Methodik	Nachuntersuchung zweier Teilstichproben der Grawestudie

7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	<p>Schlussfolgerungen der Grawe Forschungsgruppe und der Selektions- und Auswertungsprozeduren in Bezug auf die Behandlungsverfahren Verhaltenstherapie und Psychoanalyse werden in Frage gestellt.</p> <p>Generelle Kritik am gesamten Verfahren:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Es wurden nur kontrollierte Studien eingeschlossen, naturalistische Studien hoher Qualität wurden nicht eingeschlossen, damit sei die Anwendbarkeit auf die Praxis minimiert. Desweiteren ist die Behandlungsdauer weit unter dem Zeitmaß (20 h). Die sogenannten Güteprofile, die 240 Seiten der Studie abdecken, wurden nicht zur Selektion der Studien verwendet, die in die Metaanalyse eingingen. Diesen Profilen folgend wurden Studien von unterschiedlicher Qualität aufgenommen. Auf der einen Seite werde fortwährend die Relevanzlosigkeit der Güteprofile betont, in der Diskussion wird aber auf eben diese Bezug genommen. In einer Nachuntersuchung wurden nur noch die Studien, die die oben genannten nicht psychotherapie relevanten Störungen ausschlossen (z.B. Homosexualität) hinsichtlich ihrer Güteprofile untersucht. Sie weisen nach, dass im Zusammenhang mit den klinisch validen Studien die Verhaltenstherapie in den Güteprofilen Indikationsrelevanz, Reichhaltigkeit der Resultate, Qualität der Schlussfolgerungen, Reichhaltigkeit der Messungen sowie klinische Relevanz weit nach unten fällt, sodass die vermeintliche Überlegenheit im wesentlichen auf diejenigen Behandlungen und Indikationen zurückzuführen ist, die klinisch nicht die klassischen Psychotherapiepatienten sind. In einem nächsten Schritt wurden die 22 kontrollierten Studien, in denen kognitive Verhaltenstherapie und psychoanalytische Therapie tatsächlich gemeinsam gegeneinander getestet wurden, in Bezug auf die Gütemerkmale unabhängig eingestuft. <ul style="list-style-type: none">• Gab es Informationen, dass die Behandlungen tatsächlich die Konzepte abdeckten, die sie angaben zu untersuchen (Eine Vorform der Adhärenz)?• War die Erfahrung und das spezifische Training der Therapeuten angemessen?• Gab es eine Minimaldosis von 20 Sitzungen für die psychodynamischen Behandlungen? <p>Mit diesen Kriterien bleiben von den 22 8 übrig. Das Ergebnis war 6 Studien mit gleichen Resultaten und jeweils 1 mit Überlegenheit einer der beiden Verfahren. Insgesamt muss man feststellen, dass die Metaanalysen in Bezug auf die Variable Adhärenz und Ausbildungsstand ungenau sind. Schließlich beklagen sie eine wissenschaftlich ungenügende Form der Literaturrezeption.</p>
---	--	---

7		Insgesamt werden die Studien von Grawe und Mitarbeiter methodisch und konzeptuell hinterfragt. Die Schwächen werden empirisch an Hand einer Reanalyse von 2 Behandlungsverfahren, nämlich der Psychoanalyse und der kognitiven Verhaltenstherapie aufgezeigt.
8.		Keine
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis) <input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) <input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	Keine
9	Fazit der Autoren	Man sollte sich um wichtigere Dinge kümmern, nämlich welche Qualifikation und Fähigkeiten der Therapeuten fördern die Behandlung von komplexen pathologischen Beziehungsmustern von Patienten. Der „Stay“ der Grawe et.al Metaanalyse sei eine Folge von Artefakten, die in der Folge von ungenügenden methodologischen Prozeduren entstanden seien.
10	Abschließende Bewertung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	von Zerssen D. Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. [Psychotherapy outcome research in the Federal Republic of Germany]. Psychother Psychosom Med Psychol 1986; 36 (1): 8-17.
2	Dokumenttyp	
3	Bezugsrahmen	Literaturübersicht über evaluative Psychotherapiestudien an psychiatrischen Patienten nach dem 2. Weltkrieg bis 1986 Keine Metaanalyse Verweis auf Originalarbeiten
4	Indikation	Klinische oder ambulante Patienten psychiatrischer oder psychotherapeutischer Institutionen
5	Fragestellung / Zielsetzung	
6	Methodik	Literaturarbeit
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	s.u.
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	entfällt
8.1		
8.2		
9	Fazit der Autoren	Soweit die Erfolge unterschiedlicher Techniken der Verhaltenstherapie oder unterschiedlicher Therapieformen z.B. Verhaltenstherapie oder diese und analytische Fokalthherapie miteinander verglichen worden sind, erscheinen die Unterschiede meist wenig eindrucksvoll; beim Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen ergibt sich jedoch überwiegend eine positive Bilanz.
10	Abschließende Bewertung	Narrativer Review (Einzelmeinung) Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zum Nachantrag der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. Gutachten vom 16. September 2002.
2	Dokumenttyp	Gutachten zum Nachtrag zur Gesprächspsychotherapie; Prof. Dr. S.O. Hoffmann und Prof. Dr. J. Margraf für den Wissenschaftlichen Beirat
3	Bezugsrahmen	keine Studie Keine systematische Literaturübersicht oder Metaanalyse. Verweis auf und Kommentierung von empirischen Studien zu Wirksamkeit und Anwendungsbereichen von GT.
4	Indikation	Begutachtung für Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen – F43): positive Bewertung der Arbeit von Paivio und Nieuwenhuis sowie von Dircks et al., so dass die Wirksamkeit durch zwei Studien nachgewiesen ist.
5	Fragestellung / Zielsetzung	Wirksamkeitsbegutachtung für Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen) und für Anwendungsbereich 7 (Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten – F 54)
6	Methodik	
7	Ergebnisse / Schlussfolgerungen	Wissenschaftliche Anerkennung für beide Anwendungsbereiche (3 und 7) für die Psychotherapie bei Erwachsenen bestätigt. Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich nun für die Wissenschaftliche Anerkennung in vier Bereichen aus – nämlich: - Affektive Störungen (F3) - Angststörungen (F40,41,42) - Belastungsstörungen (F43) - Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)
8	Ökonomische Evaluation (sofern erfolgt)	entfällt
8.1		
8.2		
9	Fazit der Autoren	Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass das Kriterium für die wissenschaftliche Anerkennung erfüllt ist (mindestens 4 der „klassischen“ Indikationsbereiche) – also soll GT für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Erwachsene) zugelassen werden.
10	Abschließende Bewertung	Literatur des Wissenschaftlichen Beirates wird in das Bewertungsverfahren einbezogen

12.9 Extraktion und Bewertung: Primärstudien

12.9.1 Standardisierter Auswertungsbogen

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	Genauere Literaturangabe der Studie
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Übernahme der in der Publikation genannten Zuordnung
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe - Psychotherapiestudie mit Vergleichen über Zeit und Ort (z. B. historische Kontrollen) - Fall-Kontroll-Studien - Kohorten-Studien - Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“) - Fallserie - Fallbericht / Kasuistik (case report) - Nicht eindeutig zuzuordnen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Hier folgt eine formale Zuordnung zu den Evidenzstufen: Ib: Randomisierte klinische Studien Iib: Prospektiv vergleichende Kohortenstudien III: Retrospektiv vergleichende Studien IV: Fallserien und nicht-vergleichende Studien V: Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte u. a.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Bericht von Expertenkomitees und Konsenskonferenzen.
5	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?
6	Indikationen / Diagnosen	Nennung von Indikationen bzw. Diagnosen und Behandlungsziel. Berücksichtigung der durch den Wissenschaftlichen Beirat genannten Anwendungsgebiete. ICD-10 Schlüssel

		Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population?
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit? Vergleichende Wirksamkeit? Machbarkeit? Prozess-Outcomes-Studien?
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Wichtig: Stadium und Dauer der Erkrankung, Alter Die wichtigsten Ausschlusskriterien nennen (eine Auflistung sämtlicher Ausschlusskriterien ist häufig nicht sinnvoll)
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Definition des Verfahrens. Methodik der Intervention. Frequenz. Kombination mit anderen Verfahren. Therapeutenmerkmale. Einzel- oder Gruppentherapie. Stationär oder ambulant.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, parallel / crossover
12	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben?
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)?
15	Beobachtungsdauer	Bezogen auf den einzelnen Patienten; im Allgemeinen ist der Endzeitpunkt die Erhebung des Hauptzielkriteriums (des sog. primären Zielkriteriums). Katamnesezeitraum.

16	16a Zielkriterien	<p>Hier die Zielkriterien (outcomes) nennen, die von den Autoren als die primären bzw. hauptsächlichen Zielkriterien genannt wurden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung. - Wirtschaftlichkeit: verminderte Inanspruchnahme von diagnostischen Abklärungen und ärztlichen Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich, von Medikamenten, sozialen Diensten und Rentenleistungen. Verminderung von Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätsgrad. <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet?</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien (z. B. Interview, Untersuchung, standardisierte Fragebögen, prospektiv, retrospektiv)? Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen?</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt?</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet?</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)?</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1)</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)?</p>

		<p>Oder liegen die Angaben nur als summarisches Statement der Autoren vor?</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Vorrangig sollten hier die Ergebnisse aus der intention-to-treat-Analyse der primären Zielkriterien dargestellt werden; zusätzlich klinisch besonders relevante Zielkriterien sowie solche, die in mehreren Studien erhoben wurden; Angaben soweit verfügbar, eigene Berechnungen kennzeichnen; für mehrere Studien mit gleichen Zielkriterien kann es sinnvoll sein, eine gemeinsame Tabelle anzulegen. Vergleich zu Annahmen bei Fallzahlplanung.</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse. Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen
22	Fazit der Autoren	Stichwortartige Zusammenfassung der Schlussfolgerungen (conclusions) der Autoren der Studie.
23	Abschließende Bewertung	
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Einschätzung der Übertragbarkeit unter Berücksichtigung von</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Dosis-Wirkungs-Problem“ - Bedeutung des Faktors „Zeit“ - Vergleichbarkeit der Katamnesezeiträume

12.9.2 Affektive Störungen

1	Quelle	Differential patient x treatment maintenance among cognitive, experiential and self-directed psychotherapies, Journal of Psychotherapy Integration, 3(1) Beutler LE, Machado P, Engle D et al (1993)
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Prospektive follow-up-Psychotherapiestudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Follow-up-Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe - (die Primärstudie war randomisiert) - Nicht eindeutig zuzuordnen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Korrespondierender Autor : Larry E. Beutler, University of California , University of Arizona , D.Mohr, nur San Francisco , California. Die Studie basiert auf einer vorausgegangenen Studie von Beutler et al. 2 Jahre zuvor (1991). Dabei war untersucht worden, ob bestimmte Techniken und Verfahren bei PatientInnen mit und ohne starken Widerstand und externalisierendem vs. Internalisierendem Verhalten unterschiedliche Wirksamkeiten der gewählten Therapieformen bedingen (Kontext) der Publikation. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	49 Patienten in ambulanter Behandlung mit moderater depressiver Symptomatik , die vor Beginn der ursprünglichen Studie allerdings als „Major Depressive Disorder“ gemäß DSM III R diagnostiziert worden waren (n=63) Von den ursprünglich 63 PatientInnen der benannten Ausgangsstudie konnten 14 nicht an dieser follow-up-Beobachtung teilnehmen, da 8 nicht erreichbar waren, 4 die Teilnahme verweigerten, 2 intensivere Behandlung benötigten Populationshomogenität? Laut Autoren ja

7	<p>7a Fragestellung</p> <p>7b Zielsetzung</p>	<p>Nachdem die Ursprungsstudie keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsformen nach 20-wöchiger Behandlung aufgezeigt hatte (s.S.17), sollte jetzt untersucht werden, ob die therapeutischen Erfolge eventuell unterschiedlich während eines weiteren Beobachtungszeitraumes von einem Jahr fortbestanden</p> <p>Es sollte untersucht werden, ob die vor der Behandlung festgestellten Patientenvariablen, insbesondere Art des Coping und Widerstand, nach Abschluß der Behandlung zu unterschiedlichen Ergebnissen am Patienten führten. So hatte die vorausgegangene Studie gezeigt, dass bei prinzipieller Ähnlichkeit der Ergebnisse, die VT (Gruppe) als symptomfokussiertes Verfahren besser zu externalisierenden und widerstandsarmen Pat. passte als die supportive Therapie. Internalisierende Pat. passten danach besser zu supportiver Therapie. VT und FEP – beides Gruppentherapien – passten besser zu Pat. mit geringer Angstsymptomatik und geringem Widerstand, während die supportive Therapie zu ängstlichen und abwehrenden Pat. am besten zu passen schien. Allerdings relativierten die Autoren selber diese Teilaussage durch die Einschätzung, dass die Ergebnisse nicht stark variiert hätten.</p>
8	<p>Relevante Ein- und Ausschlusskriterien</p>	<p>Diagnose MAJOR DEPRESSIVE DISORDER gemäß DSM-III-R, basierend auf strukturiertem klinischen Interview durch fortgeschrittene Studenten, Psychiater oder klin. Psychologen, validiert durch PC (Heterogenität der Untersucher). Folgende weitere Einschlusskriterien: 14 oder mehr Punkte auf der HRSD, Bereitschaft, andere pharmakologische oder psych. Behandlung zu unterbrechen, für die follow-up-Studie musste zumindest an einem der 3 Meßzeitpunkte (3-6-12 Monate) eine anhand der Erhebungsbögen messbare Antwort möglich sein</p> <p>15 der 63 Pat waren unter med. Behandlung, es erfolgte die 3-wöchige Auswaschphase vor der follow-up-Studie. Wie viele Pat von den 49 noch med. behandelt wurden, ist nicht bekannt</p> <p>17 der 49 Pat waren männlich, 32 weiblich</p> <p>Durchschnittsalter 46,44 Jahre, variierend von 22 bis 76 Jahre (SD=12,70)</p> <p>Ausschluß:</p> <p>Bipolare o. psychot. Störung, Substanzmissbrauch, org. Störungen, die eine Depression bedingen könnten</p>

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Verhaltenstherapie(VT) CT als Gruppentherapie vs. FEP (fokussierte expressive Therapie) als Form der experiential Gruppentherapie vs. self-directed therapy (selbstbestimmende Therapie oder. S/SD)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Siehe oben. Es wurde primär das Copingverhalten und das Widerstandsverhalten als Patientenvariablen, anhand des MMPI gemessen, vergleichend untersucht. Kern der Untersuchung war der Vgl zwischen direkter, autoritärer Therapie (Gruppen-VT u. Gruppen-FEP) vs nichtdirektiver Therapie, die durch Studenten per 30minütigem, wöchentlichem, telefonischen Kontakt und der Anleitung zum Lesen von Selbsthilfebüchern bestand
11	Studiendesign	3 Behandlungsarme, parallel Prä-post-Katamnese 3,6,12 Monate nach Therapieende
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Keine detaillierte Beschreibung, da es sich um eine follow-up-Studie handelt. Laut Aussage der Autoren erfolgte eine randomisierte Zuweisung der Probanden in der Primärstudie
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Soweit ersichtlich, erfolgte keine Maskierung.
15	Beobachtungsdauer	Die tatsächliche Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 17,6 Sitzungen innerhalb von 20 Wochen, nach Abschluß erfolgte die follow-up-Studie an 49 der 63 PatientInnen über 1 Jahr und Messzeitpunkten nach 3 , 6 , 12 Monaten. Letzter auswertbarer Katamnesezeitpunkt (Durschnitt: 10,3 Monate)

16	16a Zielkriterien	<p>Ziel der Follow-up-Untersuchung war es, festzustellen, ob die nichtsignifikanten Unterschiede hinsichtlich des Outcomes der Primärstudie auch während eines anschließenden 12-monatigen Beobachtungszeitraumes fortbestehen würden oder ob sich nach Abschluß der Therapie noch wesentliche Unterschiede bzgl. der Langzeitwirkung feststellen lassen würden.</p> <p>Dabei ging es um die Zielkriterien Depressivität, Angst aber auch das Copingverhalten und das Matching zwischen Patientenvariablen und Therapieform (direktiv vs nichtdirektiv)</p> <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja. Gemessen mit Haemilton Depressive Rating Scale , BDI ,GAS , SCL-90</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	Retrospektive Erfassung mittels standardisierter Erhebungsinstrumente aus der Psychometrie, HDRS,BDI,GAS , GSI , Strukturierte klinische Interviews
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	n= 49 in der follow-up-Studie von ursprünglich 63. Es wurde keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt.

18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>3 Behandlungsgruppen. VT n= 18 ; fokussierte expressive psychotherapie FEP n= 16 und nichtdirektive Therapie n= 12</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Ja</p> <p>8 Teilnehmer der Primärstudie waren verzogen, 4 Teilnehmer verweigerten sich</p> <p>2 Teilnehmer benötigten intensivere Behandlung</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Es erfolgte eine Analyse per protocol (explanatorisch).</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten? Nein</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1)</p> <p>Primärstudie n= 63</p> <p>Follow-up-Studie n=49</p> <p>Einschluß gemäß der Ausprägung der Symptomatik gemäß BDI n= 46</p> <p>Symptomatik gemäß HRSD n= 44</p> <p>GAS n= 30</p> <p>GSI (aus SCL 90-R) n=45</p> <p>Daraus folgt ja CT 85,7%,FEP 72,7%,S/SD 60%</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.) Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>

20	Ergebnisse	<p>Hinsichtlich des Outcomes ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zum Zeitpunkt des Behandlungsendes und zum Abschlusszeitpunkt der 12-monatigen follow-up-Beobachtung. Nur in einem diagnostischen Instrument war die Ausprägung der Klinischen Symptomatik zum Ende des Follow-ups geringer als zum Therapieende (keine Signifikanz). Da das eigentliche Ziel der Primärstudie und des Follow-ups darin bestand zu untersuchen, ob es eine signifikante Interaktion zwischen Art der Behandlung und subjektiver Patientenvariablen gibt, erfolgte die Auswertung der Passung zwischen externalisierenden vs. internalisierenden PatientInnen sowie von Patienten mit hohem vs. niedrigem Widerstand sowie ängstlichem Verhalten. Externalisierende PatientInnen konnten von der VT Gruppentherapie am besten profitieren. Dies galt umgekehrt für die beiden anderen Behandlungsarme, nämlich Gruppen-FEP und nondirektive „Therapie“. PatientInnen mit starkem Widerstand profitierten am meisten von der nondirektiven Therapie, während VT und FEP als Gruppentherapie am besten bei PatientInnen mit (auch) geringem Widerstand wirksam waren. Die Autoren schlussfolgern hieraus, dass Therapeuten beide Arten des Vorgehens, nämlich nondirektiv und direktiv, beherrschen sollten und vor Beginn der Therapie ein Assessment bzgl. der Patientenvariablen erfolgen müsse.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	entfällt
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Wirksamkeit der 3 verschiedenen therapeutischen Prozeduren, weder nach Therapieende noch nach Abschluß des follow-ups - Pat. mit externalisierendem Verhalten profitieren am meisten von der VT. Pat mit internalisierendem Verhalten von FEP und nondirektiver Therapie - Pat. mit hohem Widerstand profitieren von der nondirektiven Therapie - Pat. mit geringem Widerstand profitieren gleichermaßen von VT und FEP in Gruppenform - Sehr eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der hohen drop-out-Rate in Abhängigkeit vom Assessmentverfahren

23	Abschließende Bewertung	Die spezifischen Unterschiede lassen – abgesehen von der eingeschränkten Auswertbarkeit Unterschiede zwischen der Passung von Patientenvariablen vor allem im Bereich nondirektive vs. direktive Therapien zu. Eine signifikante Unterscheidung zwischen VT und FEP in Gruppenform bzw. ein zusätzlicher Nutzen lassen sich nicht ableiten.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Trotz der relativ geringen Fallzahlen und der geschilderten methodischen Probleme hat die Studie Bedeutung hinsichtlich der Notwendigkeit einer weiteren Forschung auf dem Gebiet der Passung zwischen Patientenvariablen und therapeutischem Vorgehen. Ein Nutzen für die ambulante Versorgung durch Einführung der Gesprächspsychotherapie ist nicht ableitbar. Kein Vergleich mit Gesprächspsychotherapie. GT wurde als Therap. gar nicht angewandt.

1	Quelle	Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures Beutler LE & Mitchell R (1981)
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	RCT(in der Zusammenfassung als quasirandomisiert bezeichnet)
3	Studientyp nach Durchsicht	- Nicht eindeutig zuzuordnen-„quasirandomisiert“
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Dep. of Psychiatry, University of Arizona Durchführung erfolgte an psychiatrischer Klinik mit Ambulanz und Baylor college medical school Es gibt keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	40 Pat. Insgesamt , 16 Pat . impulsiv-externalisierend , 24 Pat. depressive-internalisierend D.: Depression , Angst , Sozialer Rückzug
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Gibt es eine unterschiedliche Wirksamkeit von analytischen und experiential therapies hinsichtlich 2 Patiententypen, nämlich impulsiv-externalisierend und depressiv-internalisierend Feststellung, ob analytische Verfahren und experiential Therapy für die beiden untersuchten Gruppen unterschiedlich geeignet sind
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	PatientInnen, die Psychotherapie in einer Psychiatrischen Klinik mit Medical School suchten (n=40), 17 männl. Pat., Durchschnittsalter 32,6 Jahre und 23 weibliche Pat. Durchschnittsalter 30,7 Jahre. MMPI T-Score über 60 , freiwillige Teilnahme an der Studie , Einschlusskriterien: nonpsychotische Pat. Medikamentenfreiheit Keine med. Kontraindikationen bzw. hirnorg. Syndrome

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>5 Psychotherapieverfahren zusammengefasst als Analytic (incl.Gestalttherapie) and experiential therapy, ambulante Anwendung, Einzeltherapie mit 10 Therapeuten mit 1-2 Jahren Berufserfahrung (4 männl. , 6 weibl. ; Durchschnittsalter 29 Jahre)</p> <p>5 analytisch 5 experiential orientiert (nur eingeschränkt verifizierbar)</p> <p>4 erfahrene klinische Psychologen als unabhängige Rater während der Therapie zur Supervision der jungen Therapeuten</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<p>Vgl. der Wirksamkeit zwischen depressiv-internalisierenden und impulsiv-externalisierenden PatientInnen als primäres Ziel</p> <p>Die verglichenen Verfahren sind in einer Form definiert, die nichts mit den in der ambulanten Versorgung in Deutschland praktizierten Therapieverfahren zu tun haben. Siehe auch 23.</p>
11	Studiendesign	2 x2 Behandlungsarme , parallel
12	Zahl der Zentren	entfällt
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben und als „quasirandomisiert“ in der Auswertung dargestellt und diskutiert, da die „analytischen“ Therapeuten mehr „depressiv-internalisierende“ Pat. behandelten als externalisierend-impulsive Pat.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht eindeutig feststellbar
15	Beobachtungsdauer	Variierende Anzahl der Sitzungen (Mittelwert 28) , zum Abschluß Erhebung der Patientenzufriedenheit anhand eines Scores von 1 bis 7

20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>2x2 Varianzanalyse</p> <p>Das primäre Ziel, festzustellen, ob experiential und analytische Therapien unterschiedlich wirksam sein könnten bei depressiv-internalisierenden und impulsiv-externalisierenden PatientInnen, wurde nicht erreicht. Es gab hier keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die Wirksamkeit der Behandlung war am Größten bei Therapeuten , die selbstoffen und persönlich-zugewandt sowie verbal und physisch aktiv waren. Die experiential therapy war besser wirksam bei externalisierend-impulsiven PatientInnen, aber auch depressiv-externalisierenden Pat. Die analytischen Verfahren waren am besten bei Patienten mit depressiv-ängstlicher Symptomatik.</p> <p>(schrittweise multiple Regression)</p> <p>Da unter die analytischen Verfahren auch die Therapie nach Gestalt fiel, sind die ohnehin nur eingeschränkt aussagefähigen Ergebnisse für die ambulante Versorgung irrelevant.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	entfällt
22	Fazit der Autoren	<p>Eigentliche Zielstellung nicht erreicht (benötigen impulsiv-externalisierende Pat. eine andere Therapieform als depressiv-internalisierende Pat?)</p> <p>Experiential therapy besser im Ergebnis als analytische Verfahren für beide Gruppen</p> <p>Allerdings : eingeschränkte Aussagekraft , da Gruppen nicht wirklich homogen und pseudorandomisiert</p> <p>Kürze der Therapie benachteiligt analytische Verfahren</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Untersuchung zweier Haltungen und nicht zweier Verfahren</p> <p>Aufgrund der geringen Fallzahl, der Subsumierung von 5 psychotherapeutischen Prozeduren, inklusive der Gestalttherapie, der Unerfahrenheit der Therapeuten und der unzureichenden Kenntnis des Schweregrades der Erkrankungen ist diese Studie kein Beleg für einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie. Untersuchung von Copingverhalten der Pat. und Haltungen anstatt von Therapieverfahren</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. Br J Psychiatry 2003; 182: 412-9.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Kontrollierte, randomisierte Th.vgl.studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierten Vergleichsgruppen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Langzeitwirkung psychologischer Interventionen bei postpartaler Depression (Wochenbettdepression) Durchgeführt im Cambridge University Department of Psychiatry. Durchführende: Winnicott Research Unit, Department of Psychology, University of Reading, UK und Center for Family Research, Department of Social and Political Studies, University of Cambridge, UK. Die eigentliche Studie wurde finanziell unterstützt durch Birthright, die fünfjährige follow-up Untersuchung wurde durch den Medical Research Council unterstützt. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	Diagnose: Postpartum Depression (Wochenbettdepression) Mütter kurz nach der Geburt mit einem Wert >12 auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Es handelt es sich um eine diagnostisch homogene Population?
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Frage nach der Langzeit-Wirksamkeit von unterschiedlichen psychologischen Interventionen bei Postpartum-Depression. Untersuchung der Langzeitbehandlungseffekte von drei psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, nicht-direktive Beratung) in Beziehung zur Routine Versorgung (routine primary care) auf die mütterliche Stimmung.

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p><u>Einschlusskriterien:</u> Erstgebärende; Wohnort im Umkreis von 15 Meilen vom Entbindungsheim, Muttersprache Englisch, Wert >12 auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), DSM-III-R Kriterien für eine aktuelle Major Depression.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Mütter mit Frühgeburten, Mütter mit behinderten Kindern, Mütter mit Mehrlingsgeburten, Wegzug aus dem Untersuchungsgebiet.</p>
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p><u>Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT):</u> interaktive begleitende Behandlung (nach Mc Donough, 1993), die nicht direkt auf die depressive Symptomatik sondern auf die identifizierten Probleme der Mutter im Umgang mit dem Kind und auf die Mutter-Kind Interaktion zielte. Unterstützende therapeutische Beziehung, Vermittlung von systematischen Problemlösungsstrategien, Untersuchung der Denkmuster in Bezug auf sich selbst als Mutter und in Bezug auf das Kind, Mutter-Kind-Interaktion.</p> <p><u>Psychodynamische Therapie:</u> Behandlungstechniken nach Cramer und Stern (1990, 1995); Verständnis der mütterlichen Selbstdarstellung und Beziehung zum Kind auf der Basis der Exploration der frühen mütterlichen Beziehungserfahrung.</p> <p><u>Nicht-direktive Beratung:</u> wie in der Edinburgh Studie von Holden et al. (1989), in der den Frauen die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Gefühle sowohl über aktuelle Angelegenheiten wie z.B. eheliche Probleme oder finanzielle Schwierigkeiten als auch über das Großziehen des Kindes darzulegen</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<p><u>Übliche Allgemeinversorgung:</u> (routine primary care) durch primary health care team (Allgemeinarzt und health visitors); <u>Kontrollgruppe</u></p> <p><u>Alle Behandlungen erfolgten aufsuchend, d.h. bei den Müttern zuhause, wöchentlich, für 8-18 Wochen nach der Geburt.</u></p>
11	Studiendesign	Drei aktive Behandlungsarme, eine Kontrollgruppe, parallel;
12	Zahl der Zentren	1

13	Randomisierung	Ja, Randomisierung wird beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht ersichtlich
15	Beobachtungsdauer	Direkt nach der Behandlung, d.h. 4,5 Monate nach der Geburt, sowie 9, 18 Monate und 5 Jahre nach der Geburt.
16	<p>16a Zielkriterien</p> <p>16b Zielkriterien-Erfassung</p>	<p>Langfristige Wirksamkeit der drei psychotherapeutischen Kurzbehandlungen bei Postpartum-Depression</p> <p>Behandlungsverfahren, die auf die Mutter-Kind Beziehung ausgerichtet sind, können eine niedrige mütterliche Stimmung besser erhöhen, als die herkömmliche allgemeine Behandlung.</p> <p>Erfassung der mütterlichen Stimmung mit EPDS (Patientenfragebogen) und dem depressionspezifischen Teil des Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-III-R (SCID);</p> <p>Therapist-Rating-Scale zur Erfassung der Mitarbeit in der Therapie;</p> <p>Erfassung der kognitiven und emotionalen Entwicklung des Kindes</p> <p>Erfassung der Qualität der Mutter-Kind Beziehung</p> <p>Zu vier Untersuchungszeitpunkten.</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Screening von 3222 Frauen, die von 01/90 bis 08/92 am Addenbrooke's Hospital, Cambridge, entbunden hatten. Davon wiesen 206 eine postpartale Depression auf. Davon waren 13 nicht zu einer Studienteilnahme bereit, so daß 193 Mütter in die Studie eingeschlossen wurden.</p> <p>Eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) wurde dem entsprechend nicht durchgeführt.</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>s. CONSORT Flussdiagramm in der Anlage</p> <p>Ausfälle von Studienteilnehmerinnen (drop-outs) sind dokumentiert und begründet.</p> <p>Frauen, die die psychotherapeutische Behandlung abbrachen waren jünger und häufiger alleinstehend, als diejenigen, die sie zu Ende führten.</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: Die Angaben liegen getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren) vor.
20	Ergebnisse	<p>EPDS-Werte für Depression waren nach 4,5 Monaten bei allen Behandlungsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe niedriger. Nach 9 und 18 Monaten nach der Geburt sowie nach 5 Jahren war dieser Effekt nicht mehr nachweisbar.</p> <p>Die SCID-Werte für Depression unterschieden sich bei Frauen, die mit CBT behandelt wurden nicht von denjenigen, die mit nicht-direktiver Beratung behandelt wurden. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigte sich die Behandlung mit psychodynamischer Therapie effektiver in der Reduktion der Depressionswerte im SCID.</p> <p>Interessantes „Neben“-Ergebnis: Das Behandlungsergebnis derjenigen, die von Spezialisten in CBT und nicht-direktiver Beratung behandelt wurden, war erwartungswiedrig niedriger als das der „health visitors“ (angelernte Therapeuten)</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Psychotherapeutische Kurzbehandlungen können bei postpartaler Depression kurzfristig die mütterliche Stimmung verbessern. Langfristig zeigte sich jedoch keine Überlegenheit gegenüber Spontanremission.
23	Abschließende Bewertung	<p>Gute Studienqualität.</p> <p>Einschränkungen: ob es sich bei dem hier durchgeführten non-direktive counselling um GT, wie sie in Deutschland durchgeführt wird handelt, muss bezweifelt werden.</p> <p>Vergleichbarkeit mit Richtlinienverfahren VT und tiefenpsychologischen Verfahren muss in Frage gestellt werden. Weiterbildung der „Spezialisten“-Therapeuten sowie Rolle der „angelernten“ Therapeuten unklar.</p> <p>Nicht vergleichbares therapeutisches Setting: Hausbesuche</p>

24	Bedeutung für die ambulante Versorgung	Spezifisches Krankheitsbild, dessen Behandlung in der ambulanten Regelversorgung nach PT-RL eher selten vorkommen wird und vorzugsweise bereits stationär bzw. psychiatrisch medikamentös behandelt wird. Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
----	---	--

1	Quelle	Elliott R., Clark C., Kemeny V., Wexler MM, Mack C, Brinkerhoff J.: The impact of experiential therapy on depression: Initial results: In: Lietaer G., Rombauts, J., Van Balen R (Eds): Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press, 1990, p.549-77.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Erster Bericht einer umfassenderen Studie, von der aber nur 10 Fälle berichtet werden
3	Studientyp nach Durchsicht	Vergleich mit einer älteren Psychotherapiestudie, in der neben der Experiential Therapy auch kognitiv behaviorale und interpersonale dynamische Therapien stattgefunden hatten. Prozess Outcomeforschung. Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	V Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	University of Toledo in den USA, Therapieprozessforschung
6	Indikationen / Diagnosen	Majore depressive Episode sensu DSMIII
7	7a Fragestellung	Auswirkung von Kurzzeit-experiential Therapy auf Patienten mit klinisch relevanten Depressionen.
	7b Zielsetzung	Die Untersuchung dieser Fragestellung
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Aus einer zahlenmäßig nicht festgelegten Gruppe von Kandidaten, die auf eine Zeitungsannonce reagiert hatten, wurden 10 in einem zweistufigen Verfahren ausgelesen. Im Telefoninterview wurde die Passung und Motivation erfragt. <u>Einschluss:</u> (Hamilton Depression Scale >13, BDI > 10). <u>Ausschluss</u> Psychotherapie in den letzten 6 Monaten, mehr als 4 Stunden, psychiatrische Hospitalisierung, eine Lebenszeitdiagnose von Schizophrenie oder schizophrener Formkreis, antisoziale Persönlichkeitsstörung, bi-polare Störungen. Anorexie nervosa, Bulimie, Alkoholabhängigkeit in den letzten 3 Monaten, aktiv suizidal oder eine andere psychiatrische medizinische Diagnose, die über die Depression hinweg wirkte.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Experientielle Therapie, zusammengesetzt aus Gestalttherapie und klientenzentrierter Therapie. 12 Stunden Mindestzeit um als abgeschlossen zu gelten, unterhalb von 12 Drop-outs. <u>Therapeuten:</u> fortgeschrittene Studenten der klinischen Psychologie und der Autor, mehrjährige Erfahrung an der Universität Toledo,

		Autor 8 Jahre Erfahrung mit experiencieller Therapie, die Studenten haben ein 6-monatiges Training mit Spielklienten. Durchschnittliche Behandlungsdauer 16 Stunden.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keine, in einer früheren Studie ähnlicher Art kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamisch interpersonal dynamische Behandlung
11	Studiendesign	Vorher – Nachher Messung
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine
15	Beobachtungsdauer	Bis 6 Monate nach Ende der Behandlung
16	16a Zielkriterien	Erfassung der erfolgs-, bzw. misserfolgsrelevanten Parameter des Prozesses der Experiential Therapy
	16b Zielkriterien-Erfassung	Prozessmaße, Session impact Questionaire, Helpful aspects of therapy und strukturierte Erinnerung. Outcome :Hamilton, SCL-90, BDI, Social Adjustment Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale Revised and Health-Sickness Rating Scale (HSRS Luborsky) Millon Clinical Multiaxial Inventory (ein Persönlichkeitsmaß) Walker-Rablen-Rogers (WWR) Process Scale, Klienten Offenheit und Selbstwahrnehmung.
17	Anzahl der zu	10, Keine Powerkalkulation

	behandelnden Patienten	
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	unbekannt
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	entfällt
20	Ergebnisse	Absenkung der BDI Maße im 6 Monate Katamnesezeitraum unter den klinischen Cutoff Score. Das gleiche gilt für Hamilton, MCMI und SCL-90. 7 von 8 bleiben unter dem klinischen Niveau der Hamilton Skala. Änderungswerte über alle Maße 1,04, Standardabweichungseinheiten bei Behandlungsschluss 1,71 in der 6-Monate Katamnese.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben
22	Fazit der Autoren	Einfluss von experiential therapy ist hinsichtlichlicher mehrerer Aspekte nachgewiesen
23	Abschließende Bewertung	Die Studie ist zu klein und hat keine Kontrollgruppen, sodass sie für die Fragestellung nicht verwendet werden kann.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen

1	Quelle	Friedli K, King MB, Lloyd M & Horder J (1997). Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. Lancet, 350, 1662-1665
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Prospektive, randomisierte Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	-
6	Indikationen / Diagnosen	- emotionale Schwierigkeiten - ‚hauptsächlich Depression (52%) und Angststörungen (22%)‘ als Grund für Behandlungsbeginn
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Hypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen Kurzpsychotherapie und allgemeinärztlicher Versorgung in Bezug auf klinische Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit bei Patienten mit emotionalen Schwierigkeiten.

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Alter: NDP = 40 (14), GP = 38 (13)</p> <p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - > 18 Jahre. - Emotionale Schwierigkeiten, die der Hausarzt als behandlungsbedürftig einschätzt, - Einsetzen dieser Schwierigkeiten in den letzten 6 Monaten, - Vor Indexepisode 12 Monate nicht wegen emotionaler Schwierigkeiten vorstellig geworden. <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereits in Behandlung, - Psychotische oder chronische psychische Störung, - Suizidalität, - Schwere Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, - Stark eingeschränkte Mobilität durch körperliche Erkrankung, - Starke Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>Non-directive Psychotherapy (NDP):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebot von 12 Sitzungen (eine wöchentlich) (Range 1-12). - An Rogers orientierte Vorgehensweise, - ‚Gefühle ausdrücken, Gedanken klarifizieren, Probleme neu betrachten, - Therapeut bietet andere Sichtweisen an, gibt aber keine Ratschläge, und nutzt Empathie und ‚advanced listening skills‘ - N = 70 bei Therapiebeginn, N = 62 bei 9-Monats-Katamnese <p>Eine Sitzung wurde aufgenommen und von einem externen Rater auf Korrektheit des Vorgehens überprüft.</p> <p>Therapeuten: N = 4</p>

10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Routine general practise (GP): - Durften in normalem Umfang mit Patienten über seine Probleme sprechen. - N = 66 bei Therapiebeginn, N = 55 bei 9-Monats-Katamnese
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	-
13	Randomisierung	Blockrandomisierung, beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Entfällt.
15	Beobachtungsdauer	Prä, Post, 3- & 9-Monats-Katamnese
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	- klinisch, sozial, Zufriedenheit - Beck Depressions Inventar (BDI) - Brief Symptom Inventory (BSI) - Computerversion des CIS - Modifizierte Social Adjustment Scale (SAS) - Eigener Fragebogen zur Zufriedenheit - Klinische Interviews
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Es wurde Testplanung durchgeführt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	NDP: - N = 70 bei Therapiebeginn, N = 62 bei 9-Monats-Katamnese - Ansonsten detailliert beschrieben. GP: - N = 66 bei Therapiebeginn, N = 55 bei 9-Monats-Katamnese - Ansonsten detailliert beschrieben. Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? - Ja.

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung liegt vor. Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? - Nein. Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? - Nichts Gegenteiliges bekannt.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Patienten verbesserten sich signifikant. - Keine Gruppenunterschiede in Bezug auf klinisches Outcome. - Patienten in NDP-Gruppe waren zufriedener mit dem erhaltenen Treatment.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht bekannt.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - NDP und GP gleich effektiv. - Patienten bevorzugen Psychotherapie. - Selbstkritik: keine Wartegruppe, aber ethisch nicht vertretbar.
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Kritik: - Berichtet werden sehr kurze Therapien (siehe Range der Sitzungen + Mittelwert), außerdem ist nicht klar, was in den GP-Kontakten genau vonstatten gegangen ist. - Bei Zustandsbildern mit Krankheitswert (def. nach Skalen der Autoren) keine signifikanten Ergebnisse zw. den Gruppen - 10 Patienten mit NDP und 12 Patienten mit GP bekamen zusätzlich Antidepressiva verschrieben.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Keine spez. Wirksamkeit nachgewiesen <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

1	Quelle	Greenberg LS, Watson JC, Psychotherapy Research 8(2) 210-224, 1998
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Leslie S. Greenberg, York University
6	Indikationen / Diagnosen	Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren (CC und PE) in der Depressionsbehandlung; Behandlungseffekte am Ende der Therapie und nach 6 Monaten, Auswirkungen auf das generelle Befinden, die Selbstsicherheit, interpersonelle Probleme und Ziele
7	7a Fragestellung	Effektivität der prozess- und erlebnisorientierten Psychotherapie mit der alleinigen klientenzentrierten Psychotherapie in der Behandlung depressiver Störungen zu vergleichen.
	7b Zielsetzung	Hypothese: Prozess und erlebnisorientierte Psychotherapie hat einen besseren Einfluss auf die Lösung der kognitiv-affektiven Probleme als die alleine klientenzentrierte PT
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: nach DSM III liegt schwere Depression vor GAS (Global Assessment of functioning Scale) > 50, Ausschlusskriterien: aktuell in Behandlung und unter Medikation, körperliche Misshandlung, Suizidversuch aktuell oder im letzten Jahr, Medikamenten und Alkoholabusus, Essstörung, Antisoziale oder Borderlinepersönlichkeitsstörung, schwere körperliche Erkrankungen, bipolare und psychotische Störung, 3 oder mehr frühere Krankheitsphasen
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	PE- Prozess und erlebnisorientierte Psychotherapie nach GREENBERG
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	CC-Clientenzentrierte Psychotherapie nach ROGERS
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	2 Zentren Universität von York und Universität von Toronto
13	Randomisierung	Teilnehmer wurden beiden Behandlungsgruppen zugeteilt
14	Concealment	Keine maskierte Randomisierung, offene

	(„Maskierung“ Randomisierung) der	Zuteilung abhängig von ihrem SCL-90 Score
15	Beobachtungsdauer	16 bis 20 Sitzungen einmal pro Woche fortlaufend, währenddessen Erhebung der Daten und einmalig 6 Monate nach Ende der Therapie
16	16a Zielkriterien	<p>Bearbeitung spezifischer kognitiv-affektiver Probleme</p> <p>Reduktion der depressiven Symptome</p> <p>Verstärkung des Selbstwertgefühls</p> <p>Lösen interpersoneller Konflikte</p> <p>Herstellen vertrauensvoller Beziehung zwischen Therapeut und Klienten</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Testbatterie Outcome Measure: BDI, SCL-90 Rosenberg-Selbstsicherheitsinventar; IIP-Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme; TCBS-Target complaints; LIFE-Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation. Dieses wurde 1 Woche vor Beginn der Therapie, 1 Woche nach Ende der Therapie und 6 Monate nach Therapieende durchgeführt.</p> <p>Während der Therapie wurde erfasst: WAI-Working Alliance Inventory; BLRI-Barrett-Lennard Perceived Empathy; TRUAX-Truax Accurate Empathy Scale</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Rekrutierung über Zeitungsartikel, Radio, Kleinanzeigen in lokalen Gesundheitszeitungen; 500 Menschen meldeten sich, 107 wurden eingeladen, 34 wurden in die Studie eingeschossen
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>34 Patienten-25 Frauen und 9 Männer; Mittleres Alter 39, 64 Jahre; 9 waren alleinstehend, 16 verheiratet, 7 waren getrennt lebend;</p> <p>6 hatten Hochschulreife, 7 Collegeerfahrung, 17Hochschulabschluß, 4 waren promoviert</p>

		Keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen Drop-outs (zwei in jeder Behandlungsgruppe) aus persönlichen Gründen z.B. aufgrund einer Krankheit, 1Umzug
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen Gruppen wurden bis auf die Intervention gleich behandelt
20	Ergebnisse	Beide Behandlungsansätze unterscheiden sich nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptome sowohl am Ende der Therapie als auch nach 6 Monaten. Die erlebnisorientierte Psychotherapie zeigt aber deutliche positive Effekte in der Behandlungsmitteln auf die Depression und auf die gesamte Symptomatik, das Selbstwertgefühl und die interpersonellen Probleme
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Unerwünschte Wirkung nicht berichtet
22	Fazit der Autoren	Spezifische aktive Interventionen scheinen an bestimmten Punkten der Behandlung als Zugabe zu rein klientenzentrierter Psychotherapie eine Besserung des Befindens zu beschleunigen bzw. zu fördern
23	Abschließende Bewertung	Ursprungstudie: Watson RefID 840 Leichte Überlegenheit der process-experiential Therapie gegenüber CC (siehe oben) nach 6 Monaten.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe GT möglich

1	Quelle	<p>King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M & Byford S (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. Health Technology Assessment, 4 (19)</p> <p>und</p> <p>Ward E. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. BMJ 2000; 321 (7273): 1383-8.</p>
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Prospektive, kontrollierte Untersuchung mit randomisiertem und Patientenpräferenz-Arm
3	Studientyp nach Durchsicht	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe - unter Feldbedingungen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Keine Interessenkonflikte angegeben, keine Hinweise bei Durchsicht.
6	Indikationen / Diagnosen	- Depressive Patienten aus Allgemeinmedizinpraxen', oder Angst und Depression gemischt.
7	7a Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleich der klinischen Wirksamkeit und Kosteneffektivität zwischen kurzer CBT, 'non-directive counselling' und allgemeinärztlicher Versorgung - Auswirkungen der Patientenpräferenz auf das Outcome.
	7b Zielsetzung	

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter > 18 - Beck Depressions Inventar (BDI) > 14 <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suizidalität - Psychotherapie in den letzten 6 Monaten - antidepressive Medikation - Eingeschränkte Mobilität - organische Hirnstörung - Unfähigkeit, Fragebögen zu beantworten
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - Verfahren beschrieben, jeweils 6-12 Sitzungen. - Kognitive Verhaltenstherapie, ‚non-directive counselling‘, allgemeinärztliche Versorgung.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	Eine Gruppe wird randomisiert den drei Bedingungen zugeteilt, eine zweite randomisiert auf die beiden psychotherapeutischen Verfahren und eine dritte durfte sich die Behandlung auswählen.
12	Zahl der Zentren	
13	Randomisierung	- Siehe 11.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Unklar..
15	Beobachtungsdauer	- Katamnesen nach 4 und 12 Monaten.
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Beck Depressions Inventar, EuroQol - Wirtschaftlichkeit: <ul style="list-style-type: none"> o Direkte Behandlungskosten (Gesundheitssystem, Medikamente etc.) o Indirekte Behandlungskosten (Kinderversorgung, Reisekosten; nicht in die Analysen einbezogen da zu viel missing data) o Indirekte Kosten (Produktionsverlust)

	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - BDI - EuroQol - Behandlungsakten - Persönliche Interviews - Fragebögen der Patienten
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - N = 464, davon 197 randomisiert auf alle drei Verfahren, 130 randomisiert auf zwei psychotherapeutische Verfahren und 137 nach Patientenpräferenz. - Testplanung nicht in Bezug auf Kosten, aber in Anbetracht bestimmter erwarteter klinischer Veränderungen.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - N = 197 Personen wurden aufgeteilt auf kognitive Verhaltenstherapie (CBT n = 63), ‚non-directive counselling‘ (NDC n = 67) und allgemeinärztliche Versorgung (GPC n = 67) <p>Outcome- und Kostenanalyse mit 197 randomisiert zugeteilten Patienten, depressiv, ängstlich/depressiv</p> <p>Sensitivity Analyse unter Einschluss der 130 Patienten, die randomisiert auf die 2 psychotherp. Behandlungsverfahren verteilt wurden.</p> <p>Es gab eine Modifikation der Zuordnung der Patienten durch die Randomisierung plus der freien Wahl. Die Logik des neuen Verfahrens war, dass es keine Präferenz gab systematisch für die beiden Psychotherapien, aber eine Präferenz für die Psychotherapien gegenüber dem Hausarzt. Von den Patienten wurden nun 3 Wahlmöglichkeiten offeriert, spez. Präferenz, Randomisierung zwischen den 3 und Randomisierung zwischen den 2 Psychotherapien. Weil Studien, die psychologische Therapien vergleichen aufgezeigt haben, dass weniger Power existiert, um Unterschiede zu entdecken, als die, bei denen man Behandlungen und Kontrollgruppe vergleicht, hatte diese Prozedur den Vorteil, die Anzahl der Patienten für den randomisierten Vergleich der beiden Psychotherapien zu erhöhen. Patienten die weiterhin eine spez. Psychotherapie wollten, bekamen eine 1stündige diagn. Sitzung mit dem professionellen Therapeuten ihrer Wahl, aber sie verblieben nicht in der Studie.</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auflistung und Beschreibung liegen vor. <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt kleine Unterschiede zwischen den komplett-randomisierten und den teil-randomisierten Bedingungen, die jedoch von den Autoren nicht als relevant erachtet werden. <p>Eingeschränkte Vergleichbarkeit der einzelnen Gruppen wegen unterschiedlicher Art u. Häufigkeit von Begleitmedikationen</p> <p>Antidepressiva (GP 50%, CBT 27%, NDC 30%) Tranquilliser (GP 18%, CBT 6%, NDC 15%)</p>
20	Ergebnisse	<p>Outcome Vergleich:</p> <p>Verbesserungen in allen drei Gruppen nach der 1. Katamnese (4 Monate). Jedoch signifikante Verbesserung nach 4 Monaten in den beiden psychotherapeutisch behandelten Gruppen gegenüber der dritten, allgemeinmedizinisch versorgten Gruppe. Nach 12 Monaten ist kein Unterschied zwischen den Gruppen feststellbar.</p> <p>Kostenvergleich:</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Kosten zwischen den 3 Gruppen nach 4 und 12 Monaten.</p> <p>Zufriedenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach vier Monaten waren die Patienten der Psychotherapie-Bedingungen zufriedener als die in general care. Nach 12 Monaten waren keine Unterschiede zw. den 3 Behandlungsarmen nachweisbar. Innerhalb der Gruppe der Patienten, die ihr Verfahren selbst ausgesucht hatten, waren diejenigen, die ‚non-directive counselling‘ erhalten hatten. <p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Kostenunterschiede zwischen den drei Verfahren nach 4 und 12 Monaten.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht beschrieben.

22	Fazit der Autoren	<p>Kurzfristige Überlegenheit der beiden psychotherapeutischen Behandlungen bei gleichen Behandlungskosten (4 Monatskatamnese).</p> <p>Kein Nachweis eines Kostenvorteils der psychoth. Behandlungen im Hinblick auf die 12 Monatskatamnesen.</p> <p>Schwierigkeit, wegen Beigebrauch von Psychopharmaka die Veränderungen den Psychotherapieverfahren allein zuordnen zu können.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p><u>Nachteile:</u></p> <p>Eingeschränkte Aussagekraft der Studie zu Wirksamkeit der GT allein, da weitere Einflussfaktoren (Medikation etc.) auf die Veränderung der Störung nicht ausreichend kontrolliert wurden.</p> <p>Berichteter unterschiedlicher medikamentöser Beigebrauch ohne Angabe von Signifikanzen.</p> <p><u>Vorteile:</u></p> <p>Naturalistisches Design erlaubt Übertragbarkeit auf Population in der Versorgung.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Die Wichtigkeit der Studie wird anerkannt, es ist aber zu berücksichtigen, dass die berichtete Behandlungsdauer nicht vergleichbar mit deutschen Versorgungskontingenten ist.</p> <p>(Medikation neben Psychotherapie bei Depression teilweise auch in Deutschland Praxis.)</p> <p>Die gleichzeitige medikamentöse Therapie bei 27% bzw. 30% der Patienten mit Psychotherapie und bei 49 % der Gruppe mit „nur Hausarztbehandlung“ stützen die viermonatigen Katamneseeffekte der psychotherapeutischen Interventionen.</p> <p>Die Studie belegt, dass sich die Behandlungseffekte einer auf maximal 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie für Patienten mit moderaten affektiven Störungen, überwiegend in Form von „Depression“ und „Depression und Angst gemischt“, nicht von der einer ebenfalls zeitbegrenzten CBT unterscheiden.</p>

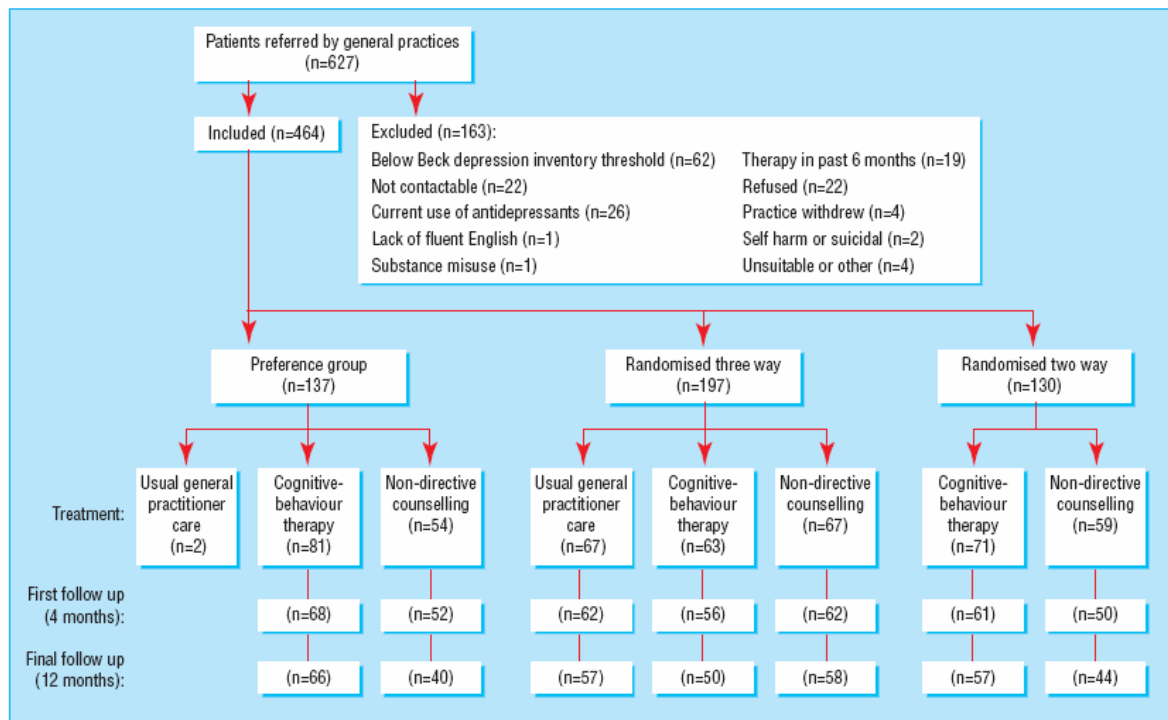


Abbildung 1 Allokation der Patienten (Ward, King, 2000)

1	Quelle	Relative Endurance of unipolare depression treatment effects: longitudinal follow-up Peter D. McLean , A.Ralph Hakstian, Journal of consulting and clinical psychology, 1990
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	27-Monate-follow-up –Studie einer RCT
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Follow-up-Studie einer RCT
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Dep. Of Psychiatry, University of British Columbia, kein Hinweis auf Interessenskonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	Pat. (n=121) mit unipolarer Depression ICD 10 F 32.1 und F32.2 Handelt es sich um eine diagnostisch homogene Population? Ja
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Wie stellt sich der Therapeutische Effekt nach Abschluß der Behandlung innerhalb eines 2,25 Jahres Follow-ups dar? Gibt es unterschiedliche Effektstärken für 7 Zielkriterien an 6 Meßzeitpunkten über 27 Monate für Pat. die mit VT, nondirektive Psychotherapie, Relaxation und Pharmakotherapie behandelt wurden?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	541 depressive Patienten im Alter zwischen 20 und 60 Jahren wurden im ersten Schritt rekrutiert ,196 Pat. wurden in die Studie inkludiert, letztlich wurden nur die 121 Pat. ausgewertet, von denen Ergebnisse über alle 6 Meßzeitpunkte vorlagen. Die Diagnose wurde anhand standardisierter Erhebungselemente ermittelt: BDI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale , Depression Adjective Check List. -fließende Englischkenntnisse -keine zusätzliche antidepressive Therapie -nichtdepressive Kontrollgruppe wurde per Presseaufruf (Teilnahme Lifestyle-Programm) ausgewählt und hinsichtlich Alter und Geschlecht angepasst

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	10 Sitzungen ambulant über 60 Minuten in: - nondirektive Psychotherapie -Verhaltenstherapie -Relaxation 30 Minuten Kontakt mit Arzt für Pharmakotherapie.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Kontrollbedingung : Relaxation Nichtdepressive Vergleichsgruppe Vgl. von nondirektive Psychotherapie vs. VT vs. Pharmakotherapie
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme : 4 , parallel
12	Zahl der Zentren	entfällt
13	Randomisierung	Ja. Detailliert beschrieben in ursprünglicher Publikation 1979
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht feststellbar. Wahrscheinlich nicht.
15	Beobachtungsdauer	Katamnesezeitraum 27 Monate mit 6 Meßzeitpunkten : direkt nach Abschluß der Behandlung , nach 3 Mon. , 9 Mon. , 15 Mon. , 21 Mon. , 27 Mon. posttreatment
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Cognition - Coping - Persönliche Aktivität - Soziale Aktivität - Somatische Begleitfaktoren - Allgemeine Zufriedenheit - Stimmung <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja</p>

	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Depression Adjektive Check List , BDI</p> <p>17 single-item-questionnaires for events that occurred the previous 2-7 days</p> <p>10 Einzelskalen-Einschätzungen für den selben Zeitraum</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Bei n=121 ausreichend große Fallzahl
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Ja</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren?</p> <p>Multivariate Analyse der Kovarianz (MANCOVA) und ANCOVA. Keine Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)?</p> <p>Ja. S. 485 Table 1</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Mehr noch als bei Therapieabschluß zeigt sich während des 27 Monate umfassenden Follow-ups eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Die VT-Gruppe zeigte die positivsten Veränderungen für 6 der 7 Zielkriterien. Für 3 Zielkriterien war diese Überlegenheit statistisch signifikant, nämlich für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Aktivität - soziale Kompetenz - Stimmung <p>Die Pharmakotherapie und die nondirektive Psychotherapie wurden von den Autoren als eindeutig unterlegen dargestellt bei Einzeltherapie und gleicher Zeit</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben</p>

21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	Auch wenn innerhalb der unipolaren Depression nicht zwischen der major depressive disorder, der intermittent depressive disorder und der superimposed depressive disorder unterschieden wurde, zeigt diese Studie den Nutzen (benefit) der cognitiv-behavioralen Therapie gegenüber der nondirektiven Psychotherapie und der Pharmakotherapie wenn man die 3 Interventionen allein und über die gleiche Zeit anwendet.
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Auswertung der Autoren wird vom Auswerter geteilt. Die Überlegenheit der cognitiv-behavioralen Therapie ist in dieser Studie eindeutig.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext ist gegeben. Die Dosis-Wirkung (Anzahl der Therapiestunden) war mit n=10 jedoch vergleichsweise gering). - Der Katamnesezeitraum von 27 Monaten und die Konsistenz der Ergebnisse sind aussagekräftig - Diese Form der Nondirective psychodynamic psychotherapy entspricht nicht der in Deutschland angewandten Form der Gesprächspsychotherapie - <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p>

1	Quelle	Severity of unipolar depression and choice of treatment P.McLean , S.Taylor , Behav.Res. Ther.Vol.30, Pp 443-451 , 1992
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Sekundäranalyse einer früheren RCT
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Sekundäranalyse einer Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	III Retrospektive vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Dep. of Psychiatry, University of British Columbia, Die Autoren führten eine Sekundäranalyse von einer RCT durch, die 13 Jahre zuvor publiziert worden war. Anlaß war nach eigenen Angaben die NIMH- Studie von Elkin et al., Archives of General Psychiatry, 1989. Diese Autoren hatten bei Behandlung von Depressionen nach jeweiligem Schweregrad eine Überlegenheit der Pharmakotherapie vor interpersoneller PT und VT festgestellt. Da die Schweregrade der Depression nur mit der Hamilton Rating Scale for Depression und der Global Assessment Scale gemessen worden waren, wollten die Autoren in der Sekundäranalyse die Ergebnisse von Elkin et al. widerlegen oder bestätigen.
6	Indikationen / Diagnosen	Pat. mit unipolarer Depression (n=151) bezogen auf die RCT von 1979 (nicht das Follow-up von 1990) Handelt es sich um eine diagnostisch homogene Population? Ja
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Anhand der Sekundäranalyse der ursprünglichen Studie von 1979 sollte festgestellt werden, ob sich die von Elkin et al. 1989 publizierte Überlegenheit der Pharmakotherapie speziell für schwere Depressionen reproduzieren oder widerlegen ließ, wenn die Schweregrade auch anhand anderer Skalen festgestellt würden. Wird die Überlegenheit der Pharmakotherapie (Imipramin) auch deutlich in dieser Studie bei Feststellung des jeweiligen Schweregrades durch andere Erhebungs (Meß-)instrumente?

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>541 depressive PatientInnen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren wurden im ersten Schritt rekrutiert, 154 wurden ursprünglich in die Studie aufgenommen und schließlich 151 endgültig in die Auswertung einbezogen (vollständige Daten zur Vorbehandlung vorhanden).</p> <p>Das Assessment (und Verlaufskontrolle) erfolgte vor Behandlungsbeginn und unmittelbar am Behandlungsende sowie 3,9,15,21 und 27 Monate nach Behandlungsabschluß anhand standardisierter Erhebungselemente:</p> <p>BDI, MMPIDS , DACL</p> <ul style="list-style-type: none"> - fließende Englischkenntnisse - keine zusätzliche antidepressive Therapie - die nichtdepressive Kontrollgruppe wurde per Presseaufruf (Teilnahme Lifestyle-Programm) ausgewählt und hinsichtlich Alter und Geschlecht angepasst
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>10 Sitzungen ambulant über 60 Minuten/Wo. in:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nondirektiver Psychotherapie -Verhaltenstherapie -Relaxation <p>30 Minuten/Wo. Kontakt mit Arzt für Pharmakotherapie</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<p>Kontrollbedingung: Relaxation</p> <p>Nichtdepressive Vergleichsgruppe</p> <p>Vgl. VT vs. nondirektive Psychotherapie vs. Pharmakotherapie</p>
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme: 4, parallel
12	Zahl der Zentren	entfällt
13	Randomisierung	Ja. Detailliert beschrieben in ursprünglicher Publikation 1979
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht feststellbar. Wahrscheinlich nicht.
15	Beobachtungsdauer	10 wöchentliche Therapiesitzungen mit insgesamt 10x 60 Min. bzw. 30 Min. Phth., anschließend 27 Monate follow-up (insgesamt: 29,5 Monate)

19	Vergleichbarkeit Behandlungsgruppen	<p>der</p> <p>Nondirektive PT n= 37 Verhaltenstherapie n= 40 Relaxation n= 35 Pharmakotherapie n= 39</p> <p>Die Behandlungsgruppen differierten nicht in Alter, Geschlecht, Ehestatus, beruflichem Status, Bildungsniveau, Neurotizismus, Anzahl der antidepressiven Vorbehandlungen, Dauer der gegenwärtigen depressiven Störung</p> <p>(alle Ps kleiner 0.08)</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Hinsichtlich der Primär- und Follow-up-Studie wird auf McLean, 1990 (Ref ID: 136) verwiesen. Hinsichtlich des Ziels der Autoren, mit der vorliegenden Sekundäranalyse die Ergebnisse von Elkins et al. (1989) zu reproduzieren, wird festgestellt, dass dies nicht erreicht werden konnte. Eine Überlegenheit der Pharmakotherapie findet sich nicht einmal bei den schwer depressiv Erkrankten.</p> <p>Bei Therapieende waren die PatientInnen der VT-Gruppe im BDI, Stimmung und sozialer Funktionsfähigkeit deutlich besser als nondirektive Psychotherapie, Relaxation und Pharmakotherapie. Derselbe Trend bestätigte sich in den Follow-ups mit signifikanter Überlegenheit der VT in den Bereichen Stimmung und sozialem Funktionsniveau. Die nondirektive Psychotherapie hatte die schlechtesten Ergebnisse sowohl während der Behandlung als auch während des Follow-up.</p> <p>Pharmakotherapie und Relaxation zeigten in keiner Messung signifikante Unterschiede.</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben. Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<p>Die Gruppe der Pharmakotherapie hatte bei den weniger depressiven Patienten mehr drop-outs als bei den stark depressiven Pat. (BDI über 28)</p>

22	Fazit der Autoren	Die von Elkin et al. 1989 ermittelte Überlegenheit der Pharmakotherapie mit Imipramin für schwer depressive Pat. gegenüber nondirektive Psychotherapie und VT konnte nicht bestätigt werden. Zwar verwendeten die Autoren der vorliegenden Studie Amitryptilin, eine Vergleichbarkeit der Substanzen ist jedoch gegeben. In der vorliegenden Studie zeigt sich jedenfalls eine eindeutige Überlegenheit der VT gegenüber der nondirektiven Psychotherapie, Relaxation, Pharmakotherapie und der Kontrollgruppe
23	Abschließende Bewertung	Die vorliegende Studie unterstreicht die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Behandlung gegenüber Gesprächspsychotherapie, Relaxation und Pharmakotherapie. Der Fokus dieser Sekundäranalyse lag jedoch in dem Versuch, die Ergebnisse von Elkin et el. zu reproduzieren. Diese Form der Nondirective psychodynamic psychotherapy entspricht nicht der in Deutschland angewandten Form der Gesprächspsychotherapie
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext ist gegeben. Die Anzahl der Therapiesitzungen war mit n=10 vergleichsweise gering. Insbesondere aufgrund des Gesamtzeitraumes von 29,5 Monaten und der umfangreichen Statistik erscheinen die Ergebnisse plausibel. Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Die Beeinflussung affektiver Störungen durch psychodynamische und Gesprächspsychotherapie. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie A.-E. Meyer und U. Wirth, 1981
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	„Kurzpsychotherapievergleichsexperiment“
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - randomisierte Psychotherapiestudie mit Vergleichen über Zeit und Ort - Stichprobe (n=22) aus Gesamtprobe (n=68)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Da an der Uni Hamburg bereits ein Vergleich zwischen klientenzentrierter PT(CC) mit VT geplant war, entschieden sich die Autoren zur Überwindung der „Rechtfertigungsforschung“ für den vorliegenden Vergleich. Die Autoren verweisen auf die besondere Tradition der Hamburger CC nach Tausch, die mit der CC nach Rogers besonders vergleichbar sei. Insofern ist ein Interessenskonflikt nicht sicher auszuschließen.
6	Indikationen / Diagnosen	Nach Angabe der Autoren wurden therapierelevante Fokusformulierungen anstelle von Diagnosen verwendet und affektive Störungen auch „nicht klinisch-standardisiert erfasst“. Die Patientenselektion erfolgte dann anhand von (zunächst) 3 Testskalen. Die GT-Depressionsskala (Beckmann u. Richter 1972) wurde dann wegen einer Fehlklassifikation von 69% ausgeschlossen. Verwendet wurden dann noch : - SAL Angstskala nach Spreen 1961 (Fehlklassifikation 32,5%) - FPI-Depressionsskala nach Fahrenberg und Selg 1970 (Fehlklassifikationsrate 24%) Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Aufgrund der geringen Fallzahl von insgesamt n=22 und den unterschiedlichen Verteilungen von Angst und Depressivität sowie der Tatsache, dass viele Pat. die Höchstzahl von 30 Sitzungen nicht benötigten, muss davon ausgegangen werden, dass keine ausreichende Homogenität vorlag. Außerdem beschrieben die Autoren die untersuchte Symptomatik als „Persönlichkeitsmerkmale“, nicht als Diagnosen

7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Es wurden zwischen 1972-74 insgesamt 22 PatientInnen mit bis zu 30 Sitzungen analytischer Fokalthherapie oder klientenzentrierter Psychotherapie behandelt. Die Messungen erfolgten vor Therapiebeginn ,zum Therapieabschluß , 3 Monate , 9 Monate und 12 Jahre nach Therapie Vgl. der psychodynamischen (psychoanalytischen Fokalthherapie) mit der CC und beide mit Eigen- und Fremdwartegruppen
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Teilstichprobe (n= 22) von Gesamtstichprobe (n=68) mit affektiven Störungen und Angst anhand der FPI und SAL ausgewählt. Genaue Zuordnung zu ICD-10 Kriterien aufgrund des Alters der Studie nicht möglich (Durchführung 1972-74 und 12- Jahres- Katamnese 1986).
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Vergleich der psychoanalytischen Fokalthherapie mit der klientenzentrierten Psychotherapie über maximal 30 Stunden.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Fokusformulierung erfolgte in der analytischen Therapie durch Erstuntersucher, danach Therapeutenwechsel durch Los. Keine Supervision bei analytischer Fokalthherapie. Für die CC wurde ein „invarianter Fokus“ formuliert. Auswahl zu 50% aus Patientenkontingent der Univ. Ambulanz. Eigen- und Fremdwartegruppe als Kontrolle.
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme: 2 , parallel
12	Zahl der Zentren	Entfällt (nur an UNI HH durchgeführt)
13	Randomisierung	Nach Selektion der PatientInnen erfolgte die randomisierte Zuweisung durch Verlosung eines der jeweils verfügbaren Therapeuten auf den zur Behandlung indizierten Patienten.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nein. Die Zuteilung durch Los betraf die Therapeuten „nach Verfügbarkeit“.
15	Beobachtungsdauer	Maximal 30 Sitzungen zwischen 1972-74, katamnestiche Untersuchungen nach 3 und 9 Monaten sowie nach 12 Jahren (1986).

16	16a Zielkriterien	<p>Zu den 5 Meßzeitpunkten (prä-/post-Therapie, Katamnese nach 3 und 9 Monaten sowie 12 Jahren wurden die Fokusformulierungen anhand von SAL-Angst Scores sowie FPI-Depressions-Scores gemessen. Weiterhin wurden anhand von Fallbeschreibungen die Copingstrategie, die soziale Entwicklung, familiäre und berufliche Entwicklung, Lebenszufriedenheit etc. dargestellt. Dies erfolgte bewusst vor dem Hintergrund der geringen Fallzahl, um einzelne Beispiele exemplarisch darstellen zu können.</p> <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Es wurde auf die Verwendung klassischer Diagnosen bewusst verzichtet. Die verwendeten Scores sind heute weniger gebräuchlich.</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Die Erfassung erfolgte anhand von Testskalen: SAL-Angstskala nach Spreen 1961 FPI-Depressionsskala nach Fahrenberg und Selg 1970 (zur Selektion aus der Gesamtstichprobe und zur Ergebnisabschätzung)</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Geplante Fallzahl: n= 22 aus n=68. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt?</p> <p>Nein</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Aus einer Gesamtstichprobe von n=68 wurden anhand von SAL und FPI sowie GT-Depressivitätsskala 22 PatientInnen rekrutiert.</p> <p>Ausgewählt wurden alle Pat. aus der Gesamtstichprobe, die mit ihren Vortherapiewerten in der SAL- oder der FPI-Skala um mindestens 1,5 oder in der GT-Skala um 2 Standardabweichungen in Richtung Angst bzw. Depression vom Standardmittelwert abwichen.</p> <p>Die 22 Testhochscorer verblieben in der Fallzahl.</p> <p>Die GT-Skala wurde dann wegen 69% Fehldiagnostik nicht weiter verwendet</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Die Angaben, z.B. Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status etc. liegen nur als summarisches Statement der Autoren vor.</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Unklar (geringe Fallzahl)</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?wahrscheinlich ja</p> <p>Die 22 PatientInnen wurden in 3 Gruppen eingeteilt: Depressiv: n= 7 Ängstlich: n=6 Depressiv und ängstlich n= 9</p>
20	Ergebnisse	<p>Die 22 untersuchten PatientInnen („Hochscorer“), die anhand von Selbstbeurteilungsscores (FPI,SAL)über ein stärkeres Ausmaß von Depression und Angst klagten, zeigen einen geringeren Einfluß der analytischen Fokaltherapie ,der in dieser kleinen Stichprobe jedoch keine statistische Signifikanz erreicht. Durch Berechnung der Veränderungsvarianz konnten die Autoren zeigen, dass die analytische Fokaltherapie gegenüber der CC signifikant stärkere Schwankungen in den drei Monaten nach Therapieende bedingt. Dies führen die Autoren darauf zurück, dass sich in diesem Zeitraum bei der Fokaltherapie einige deutliche Rückfälle finden.</p> <p>Allerdings wird auch diskutiert, dass bei der anal. Fokaltherapie häufiger Schwierigkeiten aufgrund der strengen zeitlichen Limitierung auftreten (Meyer u. Niemann 1984).</p> <p>Beide Therapien sind wirksamer als keine Therapie. Nach 12 Jahren (Vgl. mit Unbehandelten) ist dieser Vorteil allerdings nur minimal.</p> <p>Im direkten Vgl. der CC und der Anal. Fokaltherapie finden sich keine signifikanten Unterschiede.</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: gering</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Die analytische Fokaltherapie mit max. 30 Std. wurde durch das Setting benachteiligt.
22	Fazit der Autoren	Siehe Punkt 20
23	Abschließende Bewertung	<p>Kein Unterschied zwischen der klientenzentrierten Therapie und der analytischen Fokaltherapie feststellbar. Zu geringe Fallzahl ,keine eindeutigen Diagnosen, keine Signifikanz der Ergebnisse.</p> <p>Mangel am Design (untersch. Ausbildungsstand und Berufserfahrung der Therapeuten) relativiert die Aussagen zur vergl. Wirksamkeit</p>

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe
----	---	---

1	Quelle	Pos AE et al. , Journal of Consulting and Clinical Psychology , 2003
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Artikel basiert auf Alberta E. Pos's Masterarbeit der Universität von York Sie wurde unterstützt zum Teil von den Sozialwissenschaften und dem Humanitätsrat von Canada und dem Gesundheitsinstitut Interessenkonflikte nicht erkennbar
6	Indikationen / Diagnosen	Diagnostisch homogene Population - schwere Depression Annahme: Depression resultiert zum Teil aus einer unvollständigen Verarbeitung der Emotionen
7	7a Fragestellung	Diese Studie untersuchte die Bedeutung von früher und später emotionaler Verarbeitung um depressive und allgemeine Symptome, Selbstsicherheit und interpersonelle Probleme in der Behandlung (klientenzentrierte Psychotherapie und PE) der Depression zu verändern.
	7b Zielsetzung	Hauptindikation: Nachweis, dass tiefe emotionale Prozesse, gemessen mit EXP während EEs, erreicht werden als Ergebnis der Gestalttherapie + Klientenzentrierter Psychotherapie und dass die Stufe der emotionalen Verarbeitung gegen Ende der Therapie ein besseres Ergebnis zeigt als die emotionale Belastbarkeit zu Beginn der Therapie.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: Major Depression erfaßt durch SCID-Strukturiertes Klinisches Interview und BDI (Depressionsinventar nach Beck) \geq 16; 41% hatte Achse II Persönlichkeitsstörung Ausschlusskriterien: Medikamenten oder Alkoholmißbrauch, Eßstörung, Antisoziale oder Borderlinestörung, bipolare und psychotische Störung, aktuelle Suizidversuche, Mißhandlungen in der Vorgeschichte, gewalttätige Beziehungen, Partnerverlust

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	CC- Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers PE (process experimentelle Therapie nach Greenberg)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme, parallel
12	Zahl der Zentren	5 Zentren (York, Toronto, Ontario, Argosy, Chicago)
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Randomisierung nicht maskiert
15	Beobachtungsdauer	16-20 Sitzungen pro Teilnehmer jeweils 1 Stunde pro Woche. Im Durchschnitt wurden 17,6 Sitzungen durchgeführt. Die Erfassung der Eingangstests war jeweils eine Woche vor Beginn der ersten Sitzung abgeschlossen. Alle Sitzungen wurden über ein Video bzw. einen Recorder aufgezeichnet.
16	16a Zielkriterien	Frühe und späte emotionale Verarbeitung Frühe und späte emotionale Verarbeitung werden definiert als Ablehnung problematischer und subjektiv empfundener Angstzustände, die durch wiederholte Exposition solcher Situationen auftreten. Eine weitere Definition beschreibt die Verarbeitung als emotionale Antwort auf Exposition von Angstzustand und Informationsinkonsistenz bei aktivierten affektiv-kognitiven Angststrukturen.

	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>7-Werte-EXP-Skala, die durch Rater eingeschätzt werden</p> <p>Die Werteskala besteht aus grammatischen, ausdrücklichen, paralinguistischen und Inhaltsbeschreibungen zur Klassifikation.</p> <p>Selbstbeurteilungsskalen wurden nach jeder Sitzung vom Teilnehmer ausgefüllt:</p> <p>EE ist ein Teil der Psychotherapie, in der die Patienten über ihre emotionalen Erfahrungen aus realen oder imaginären Situationen berichten.</p> <p>EE sind die primären Einheiten der Analyse, in der die EXP untersucht wurde.</p> <p>Die Stadien der EXP Skala angewandt auf EEs bewirken eine Tonmessung, die das emotionalverarbeitende Kontinuum reflektieren.</p> <p>BDI (BECK)</p> <p>SCL-90,</p> <p>RSE- Rosenberg Selbstsicherheit Inventar</p> <p>IIP- Erfassung interpersoneller Probleme</p> <p>WAI Inventar</p> <p>Erfassung von Hilfen durch die Therapieform</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>34 Teilnehmer (25 Frauen und 9 Männer)</p> <p>Power-Kalkulation wurde nicht durchgeführt</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen. (Therapie nach Rogers und Therapie nach Greenberg)</p> <p>Ausfälle von Studienteilnehmern sind nicht beschrieben</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>2 Behandlungsgruppen; keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Familienstand, Bildung und Alter (nicht tabellarisch erfaßt); Gruppen wurden bis auf die Interventionen gleich behandelt</p>
20	Ergebnisse	<p>Die frühe und späte emotionale Verarbeitung sagte eine Reduktion in berichteten Symptomen und eine Stärkung des Selbstbewußtseins voraus.</p> <p>Die Fähigkeiten zur emotionalen Verarbeitung konnten während der Behandlung noch verbessert werden.</p> <p>Die späte emotionale Verarbeitung wurde vermittelt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Beziehung zur frühen emotionalen Verarbeitungskapazität des Klienten b) das Ergebnis <p>und war die alleinige Variable, die unabhängig die</p>

		Verbesserung vorhersagte.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine erfaßt
22	Fazit der Autoren	<p>Die frühe und späte emotionale Verarbeitung sagte eine Reduktion in berichteten Symptomen und eine Stärkung des Selbstbewußtseins voraus.</p> <p>Die Fähigkeiten zur emotionalen Verarbeitung konnten während der Behandlung noch verbessert werden.</p> <p>Die späte emotionale Verarbeitung wurde vermittelt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Beziehung zur frühen emotionalen Verarbeitungskapazität des Klienten b) das Ergebnis <p>und war die alleinige Variable, die unabhängig die Verbesserung vorhersagte.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Ursprungsstudie Watson RefID 840</p> <p>Reine Prozessstudie</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Aussage zur Fragestellung der Themengruppe GT

1	Quelle	Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992; 60 : 94-1 03.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Durch die Autoren werden hierzu keine Angaben gemacht.
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Die Autoren arbeiten zum einen an einer öffentlichen Ausbildungseinrichtung für „Counseling Psychology“ und zum anderen an einer entsprechend religiös ausgerichteten Ausbildungseinrichtung.
6	Indikationen / Diagnosen	Nach DSM-III erfüllten 100% der Pat. die Kriterien für eine Dysthymia und 95% die Kriterien für eine Major Depression
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Benötigen Pat. mit einer besonders hohen religiösen Haltung eine besondere Form der Psychotherapie, um wirksam behandelt zu werden. Die Studie sollte die nachfolgenden Zwecke erfüllen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation der relativen Effekte einer religiös ausgerichtet Kognitiven Verhaltenstherapie (RCT) und einer normalen Kognitiven Verhaltenstherapie (NRCT) bei religiösen Pat. mit einer Depression. 2. Die Evaluation der relativen Effekte dieser beiden kognitiven Therapien mit normalem „pastoral counseling“ (PCT) 3. Einschätzung des Umfangs, in welchem eine Kognitive Verhaltenstherapie, die an die religiösen Wertvorstellungen der Pat. adaptiert ist, die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie durch nichtreligiöse Therapeuten erhöhen kann.

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Alter, Abwesenheit von „current mental health“ oder religiösen Beistand, keine Antidepressiva oder Tranquillizer, Pat. sollten sich selbst als Christen bezeichnen, keine lebensbedrohlichen Erkrankungen, keine Medikamente welche die Stimmung beeinflussen könnten, dysphorische Stimmung und mind. 3 Symptome, die nach DSM-III bei affektiven Störungen vorliegen müssen.</p> <p>Im zweiten Schritt wurde ein standardisiertes Screening-Interview durchgeführt, ebenso die Anwendung der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) und als weiteres ein Ausschlusskriteriumsinterview nach dem „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia“.</p> <p>Die Pat. wurden dann in die Studie eingeschlossen, wenn sie einen Score von 14 bei der HRSD erreichten und nicht die Kriterien für Manie, Hypomanie, Schizophrenie, hirnorganisches Psychosyndrom, geistige Behinderung, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch in den letzten 12 Monaten, Briquetsyndrom, Zwangserkrankung, Panikstörung, Phobie oder Angststörung erfüllten.</p> <p>Auf diese Weise wurden 5 Pat. ausgeschlossen.</p>
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie (CBT), Pastoral Counseling (PCT)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie mit religiösen Inhalten (RCT), Kognitive Verhaltenstherapie ohne religiöse Inhalte (NRCT), Pastoral Counseling (PCT) und Warteliste (WLC)
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, parallel / crossover 4 Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	
13	Randomisierung	Ja. Erfolgte auf der Basis der HRSD-Scores. Einschränkung insoweit, als in der PCT-Therapiegruppe nur „religiöse Therapeuten“ tätig waren.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Ja.
15	Beobachtungsdauer	2 Jahre

20	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden in den 4 Hauptmaßen dargestellt.</p> <p>Becks Depressionsinventar (BDI) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) Social Adjustment Scale (SAS)</p> <p>Patienten in der RCT-Gruppe und der PCT Gruppe profitierten – gemessen an den verschiedenen Depressionsscores und im Vergleich zur Wartegruppe - signifikant von der Behandlung. Bezüglich der klinischen Relevanz war nur die RCT-Gruppe signifikant besser als die WLC.</p> <p>Therapeuteneffekte:</p> <p>Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der „religiösen“, bzw. „nichtreligiösen“ kog. Verhaltenstherapie bei „religiösen“ Therapeuten. Generell waren die Therapeuteneffekte kein signifikanter Faktor in der Studie.</p> <p>Die besten Ergebnisse erzielte die RCT-Gruppe mit nicht „religiösen“ Therapeuten</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Werden nicht berichtet.
22	Fazit der Autoren	<p>Die Autoren geben sich erstaunt über den geringen Unterschied zwischen den Gruppen, die eine CBT – ob mit oder ohne „religiöse“ Therapeuten – erhielten und der PCT-Gruppe. Sie führen dies auf unspezifische Effekte zurück, die mit dem setting (religiöse Einrichtung) und mit den religiösen Wertvorstellungen der Pat. zu tun haben.</p> <p>Ihre Untersuchung habe für die „public Health“ insoweit Bedeutung, als viele Menschen religiös seien und es weit mehr Pastoren als Therapeuten gäbe.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Die methodisch relativ anspruchsvolle Untersuchung ist für Fragestellung der Themengruppe nahezu bedeutungslos, da GT hier nicht Gegenstand der Untersuchung ist. Ob Elemente aus dem „Pastoral Counseling“ mit Methoden der GT gleichgestellt werden können ist fraglich. Hinzu kommt, dass das konkrete Vorgehen in den Therapiegruppen – einschließlich der PCT-Gruppe dazu nicht ausreichend konkret beschrieben wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. <i>Psychotherapy Research</i> , 13(3), 307-322
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- prospektive naturalistische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	- prospektive naturalistische Studie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	- Universität Essen - Kein Hinweis auf Interessenskonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	- Depression, Dhysthymia, Depression & Angst - Komorbide Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen - Diagnostisch wahrscheinlich heterogen
7	7a Fragestellung	- Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	Gibt es differentielle Effekte zusätzlicher Medikation auf depressive Symptome oder die Bewältigung schwieriger Erlebnisse in stationärer, gesprächstherapeutisch orientierter, multimodaler Psychotherapie?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Keine Angaben
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	CCT: - stationäre PT - 10-12 Wochen - 1 x Einzel-, 3-4 x Gruppentherapie, Ergotherapie, Entspannung; manualisiert (Teusch & Finke 1999) - Therapeuten in Ausbildung unter Supervision
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	CCT+MED: - stationäre PT - 10-12 Wochen - 1 x Einzel-, 3-4 x Gruppentherapie, Ergotherapie, Entspannung; manualisiert (Teusch & Finke 1999) - Therapeuten in Ausbildung unter Supervision - Medikation nach klinischer Einschätzung - Gemischte Medikation, v.a. Antidepressive & Anxiolytika; dokumentiert

11	Studiendesign	- Ursprünglich 1 Behandlungsarm, nach Entlassung retrospektive Einteilung in zwei Gruppen.
12	Zahl der Zentren	- 1 Zentrum
13	Randomisierung	- Entfällt.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Entfällt, wg. Studiendesign
15	Beobachtungsdauer	- T1 = Aufnahme, T2 = Mitte der stat. Behandlung, T3 = Entlassung, T4 = 1-Jahres-Katamnese
16	16a Zielkriterien	- Zielsymptome - Bewältigung schwieriger Erlebnisse
	16b Zielkriterien-Erfassung	- Depression: Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES, Bech et al. 1984); Fremdeinschätzung - Therapieprozess: Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES, Stiles 1992); anscheinend nur zu T2 und T3 erhoben
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Testplanung
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	- N = 100 gerated, N = 76 nach inhaltlichen Kriterien eingeschlossen - CCT: N = 28 - CCT+MED: N = 48 - Keine genauere ITT-Analyse
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Stichprobenbeschreibung tabellarisch - In der Gruppe CCT+MED waren mehr Frauen, und mehr Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung, ansonsten keine Unterschiede
20	Ergebnisse	- beide Vorgehensweisen verringerten Depression mit stabilen Ergebnissen - zu T3 und T4 sind die Ergebnisse für CCT besser, allerdings methodisch unklar - die schwerer depressiven Pat. verbesserten sich stärker - kein additiver Effekt von Medikamenten - in der Mitte der Behandlung geringere

		APES-Gesamtwerte in der CCT+MED-Gruppe, ebenso Unterschiede auf Subskalen
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- keine Angaben
22	Fazit der Autoren	- CCT ist wirksam - Zusatzmedikation bringt hier keine Vorteile
23	Abschließende Bewertung	- Interessante Studie - Stationäres Setting: hier ist die Wirkung immer die eines ‚Gesamtpaketes‘ - Kritik: Der berichtete Effekt der Verzögerung bei der Bewältigung unangenehmer Erfahrungen in der CCT+MED-Gruppe muss wahrscheinlich auf andere, nicht erhobene Faktoren zurückgeführt werden, z.B. auf die höhere Anzahl der Persönlichkeitsstörungen in dieser Gruppe. - Insgesamt ist diese Studie eher als hypothesengenerierend anzusehen. - Prozessstudie Kritik am Design: GT vs GT+Med nicht zielführend, um Wirksamkeit von GT zu untersuchen. Zielführend für die Fragestellung der TG wäre gewesen Med vs GT+Med
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine: Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung

1	Quelle	Watson J C ;Greenberg L S , "Pathways to change in psychotherapy of depression: relating process to session change and outcome" ; Psychotherapy Vol. 33/Summer 1996 / Number 2
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Randomisierte klinische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Die Autoren beschreiben, mit ihrer Studie den therapeutischen Prozess im depressiven Klienten während der Therapieformen CC und PE untersuchen zu wollen. Durchführungsort Univ. Toronto. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? unbekannt
6	Indikationen / Diagnosen	Major Depression gemäß DSM III-R. Es handelt sich um eine diagnostisch homogene Population.
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Vergleichende Wirksamkeit zwischen CC und PE. Prozess-Outcomes-Studie zum therapeutischen Prozess im depressiven Klienten während der Therapieformen CC und PE . Prozess-Outcomes-Studie zum therapeutischen Prozess im depressiven Klienten während der Therapieformen CC und PE . Ermittlung von intermediären (level-) Veränderungen während und unmittelbar nach der Therapie sowie deren Einfluss auf das Ergebnis der Therapie.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Major Depression nach DSM III-R Zeitungsaufruf n=500(Tel.) , eingeladen n=107,daraus N= 36 , 25 weiblich , 11 männlich Alter 26 – 63 , Mittelwert 40,24 Ausschlussgründe: Inzestopfer , kürzlich stattgefundenen Selbstverletzung, physisch gewalttätige Beziehungen, gegenwärtige Behandlung oder Medikation , Zusätzliche Diagnose „anti-sozial“ oder „Borderline“
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	PE (process-experiential) nach Greenberg 1993 incl. 3 aktiver "marker-guided PE-interventions": 2-Stuhl-Technik, "Leerer Stuhl", systematisches entfaltendes Erinnern.

10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	CC (client-centered) nach Rogers 1951,1975
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme: 2 , parallel
12	Zahl der Zentren	Vermutlich ja
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben (s. S. 267)
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Unklar ; Studiendaten basieren auf randomisiert ausgewählten Transkripten der letzten 2 drittel der PE-Gruppe und der CC-Kontrollgruppe
15	Beobachtungsdauer	Prä- und Post-Messungen, nach 6 und 18 Monaten.
16	16a Zielkriterien	<p>Hier die Zielkriterien (outcomes) nennen, die von den Autoren als die primären bzw. hauptsächlichen Zielkriterien genannt wurden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung. <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Mit standardisierte Fragebögen, prospektiv: BDI , SCL-90-R , RSE , Inventory of Interpersonal Problems (IIP)</p> <p>Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? unbekannt</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein

18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Nach Zeitungsaufruf 500 Bewerber, telefonisch kontaktiert 107, aufgrund der Ausschlussgründe schliesslich 36 Klienten aufgenommen 18 (PE) und 18 (CC)</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Ja, 2 Patienten sowohl in der CC und in der PE - Gruppe</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Nein Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)? Nein</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p> <p>Nein</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1)</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)?</p> <p>Ja , s.S.265</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Die Behandler der CC-Kontrollgruppe waren in CC wesentlich erfahrener mit durchschnittlich 5,5 Jahren berufspraktischer Erfahrung in CC; die Behandler der PE-Gruppe hatten durchschnittlich 1,5 Jahre Erfahrung , variierend von 12 Wochen zu mehreren Jahren</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? ja</p>

20	Ergebnisse	<p>s.a. Tabellen 2,3,4</p> <p>Die PE – Gruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse bzgl. der inneren Erfahrungen(Experiencing Scale), der vokalen Qualität des Klienten bzgl der momentanen Fähigkeit zum emotionalen etc. Äußerungsvermögen (Client Vocal Quality: CVQ), des Problemlösungsvermögens als die CC-Gruppe in 2 von drei untersuchten PE-Interventionen. Die Fähigkeit zur Problemlösung des Klienten (DRS) korrelierte signifikant mit dem Ausmaß des Erfahrens und erarbeitete Lösungen während der Therapie führten zu besseren Ergebnissen. Je größer die Besserung der depressiven Symptomatik während und nach der Therapie, umso besser das Abschneiden in spezifischen Parametern.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>Die PE – Gruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse bzgl. der inneren Erfahrungen (Experiencing Scale), der vokalen Qualität des Klienten bzgl der momentanen Fähigkeit zum emotionalen etc. Äußerungsvermögen (Client Vocal Quality: CVQ),des Problemlösungsvermögens als die CC-Gruppe in 2 von drei untersuchten PE-Interventionen . Die Fähigkeit zur Problemlösung des Klienten (DRS) korrelierte signifikant mit dem Ausmaß des Erfahrens und erarbeitete Problemlösungen während der Therapie führten zu besseren Ergebnissen. Je größer die Besserung der depressiven Symptomatik während und nach der Therapie, umso besser das Abschneiden in spezifischen Parametern.</p> <p>Eingeschränkte Aussage aufgrund der unterschiedlichen Therapeutenqualifikation. Autoren sprechen selber von eingeschränkter Aussagekraft aufgrund der kleinen Fallzahl (s.S. 273)</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>RCT zur Untersuchung spezifischer intratherapeutischer und therapiespezifischer Variablen anhand von PE und CC</p> <p>Keine Outcome Studie</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie unterstreicht die Notwendigkeit zur Durchführung weiterer Studien zu spezifischen Interventionen. keine Aussage zur Fragestellung der TG möglich.</p>

1	Quelle	Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F & Steckley P (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of depression. JCCP, 71 (4), 773-781
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Randomisierte Vergleichsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Keine Interessenkonflikte angegeben, keine Hinweise bei Durchsicht.
6	Indikationen / Diagnosen	- Major Depression
7	7a Fragestellung	Vergleich der Effektivität von CBT und ‚process-experiential therapy‘ (PET)
	7b Zielsetzung	Hypothesen: 1. Beide Behandlungen sind gleich effektiv 2. PET führt zur stärkeren Reduktion interpersoneller Probleme als CBT 3. CBT führt zur stärkeren Reduktion dysfunktionaler Kognitionen als PET
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschluss: - MD Diagnose Ausschluss: - Ernsthafte Suizidabsichten - Aktuell andere Behandlung - Aktuelle Medikation - Substanzabusus, Psychose Bipolare Störung, Essstörung, Persönlichkeitsstörungen (borderline, antisozial, schizotyp) - Unfähigkeit, die Fragebögen zu beantworten

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - Verfahren beschrieben, jeweils 16 Sitzungen (1 pro Woche). - CBT nach Beck - PET nach Greenberg <p>Die PET folgte dem Manual von Greenberg. Es integriert gesprächstherapeutische und gestalttherapeutische Techniken wie die 2 Stuhltechnik, die leere Stuhl-Technik, systematisches, evokatives Fokussieren und Entfalten um die kognitiv affektiven Probleme des Patienten zu lösen. Wenn sie das Gefühl haben, es sei angemessen, sollten die Therapeuten spezifische Interventionen auf Verhaltensweisen oder Statements der Patienten zur Anwendung bringen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschulte und supervidierte Therapeuten, differenziert beschrieben; keine Unterschiede zwischen den Therapeuten beider Gruppen in Bezug auf erhobene Variablen.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	
11	Studiendesign	Randomisierte, prospektive Studie ohne Wartelisten- Kontrollgruppe /TAU.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsassistenten wiesen die zukünftigen Patienten zufällig einer der beiden Behandlungsgruppen zu, indem sie den Namen eines Therapeuten jeder Behandlungsgruppe aus einer Kiste zogen. Wenn der erste Therapeut aus Zeitgründen keinen Platz hatte, wurde die Zuordnung wiederum zufällig zu einem anderen Therapeuten der gleichen Behandlungsgruppe gemacht. Diese Prozedur führte zu einer unbalancierten Stichprobe. Danach wurden die Patienten jeder Gruppe zugeordnet und dann einem Therapeuten zufällig zugewiesen. Die Zufallszuordnung war etwas fragwürdig, da ein Therapeut schwer erkrankte und zwei später zu dem Projekt stießen.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Angabe.
15	Beobachtungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> - Prä-Post, keine Katamnese.

16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none">- Depressivität- Demographische/ökonomische Daten- Interpersonelle Probleme- Selbstwertgefühl- Dysfunktionale Einstellungen <ul style="list-style-type: none">- SCID-IV- BDI- Brief Symptom Inventory (BSI)- Inventar interpersoneller Probleme (IIP127 Items)- Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSE)- Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)- Problem-Focused Style of Coping (PF-SOC)- Soziodemographische Daten
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<ul style="list-style-type: none">- Initiales Telefonscreening für N = 368, weiteres Vorgehen für N = 182, nach Ausschluss N = 101 für Studienbeginn, 8 Dropouts vor der ersten Sitzung, 27 Dropouts zwischen Sitzung 1 und 16- Komplettierte Studie für N = 66, davon 33 randomisiert auf CBT, 33 auf PET- Initial power analysis
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen. Die Therapeuten insgesamt 15 waren mehrheitlich (13) Ausbildungskandidaten der University of Toronto (Doktoranden und Magister) und 2 Psychologen aus der Berufspraxis. Die Erfahrungsdauer war im Schnitt 1-5 Jahre. Die Verfahrenstreue wurde von Supervisoren kontrolliert und zusätzlich für 2 Stunden Training pro Woche 4 Monate lang kontrolliert.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: <ul style="list-style-type: none">- Auflistung und Beschreibung liegen vor. Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? <ul style="list-style-type: none">- Nein. Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? <ul style="list-style-type: none">- Nicht bekannt. Intention-to-treat Analyse wurde durchgeführt.

20	Ergebnisse (für N = 66)	<ul style="list-style-type: none"> - In beiden Gruppen: signifikante Verbesserungen in den Bereichen Depressivität und allgemeine Symptombelastung - Ebenfalls Verbesserungen in IIP und DAS - Hypothesenkonträr keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Veränderungen dysfunktionaler Einstellungen - Hypothesenkonform größere Verbesserungen im IIP in der PET-Gruppe
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht bekannt.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Beide Verfahren sind ähnlich wirksam, PET scheint besser die interpersonellen Probleme behandeln zu können als CBT.
23	Abschließende Bewertung	<p>Die Studie lässt eine leichte Überlegenheit der PET in Bezug auf die interpersonellen Probleme von depressiven Patienten mittlerer Ausprägung erkennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kritik: keine Katamnese
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Effekte durch PET bei der Behandlung von Depression werden nachgewiesen. - Die Studie beantwortet die Frage nach Stabilität der Effekte nicht. - Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung. PET ist eine Kombination aus klient-zentrierter Psychotherapie und Gestalttherapie. Die Bestimmung der Wirksamkeitsanteile aus der GT ist nicht möglich.

12.9.3 Phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen

1	Quelle	Beck AT , Sokol L , A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. Am J Psychiatry 1992; 149 (6):778-83
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	RCT
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? nicht ersichtlich
6	Indikationen / Diagnosen	Nennung von Indikationen bzw. Diagnosen und Behandlungsziel. Berücksichtigung der durch den Wissenschaftlichen Beirat genannten Anwendungsgebiete. ICD-10 Schlüssel Panic Disorder gemäß DSM-III Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Ja
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Bestimmung der Kurz- und Langzeiteffekte von fokussierter Verhaltenstherapie bei Pat. mit Panikstörung im Vgl. zur Gesprächspsychotherapie Vgl. von fokussierter VT über 12 Wochen mit GT über 8 Wochen ; insgesamt 33 PatientInnen, randomisiert zugeordnet
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	33 PatientInnen im Alter von 18 bis 65 Jahren, diagnostiziert anhand des SKID für Panic Disorder mit insgesamt durchschnittlich 7,2 Jahren Krankheitsverlauf , VT-Gruppe 6,2 Jahre ; GT-Gruppe 8,4 Jahre 16 Pat nahmen Benzodiazepine, 1 Pat. Antidepressants 22 Pat. hatten zusätzlich die Diagnose Major Depression, bei Randomisierung später keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. demographischer oder diagnostischer Variablen.

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Fokussierte Verhaltenstherapie
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Supportive Therapie die auf Rogers GT basierte (siehe S. 1)
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme: 2 parallel
12	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren: 1 Zentrum
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben? Kurz beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? nicht beschrieben
15	Beobachtungsdauer	12 Monate
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung. - Vermeidungsverhalten, Angst, Panik, Depressivität <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet?</p> <p>ja</p> <p>BDI , BAI (Beck Anxiety Inventory)</p> <p>Selbsteinschätzung der Patienten zur Panik</p> <p>Clinician rating, Upset score , Avoidance score , (Frequenz und Intensität) an einer Skala von 1-5, Einschätzung erfolgte durch „unabhängige Rater“</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl: 33 Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? nein

18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>33 PatientInnen im Alter von 18 bis 65 Jahren, diagnostiziert anhand des SKID für Panic Disorder mit insgesamt durchschnittlich 7,2 Jahren Krankheitsverlauf , VT-Gruppe 6,2 Jahre ; GT-Gruppe 8,4 Jahre</p> <p>16 Pat nahmen Benzodiazepine, 1 Pat. Antidepressants</p> <p>22 Pat. hatten zusätzlich die Diagnose Major Depression, bei Randomisierung später keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. demographischer oder diagnostischer Variablen.</p> <p>T-Test, Multivarianzanalyse</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)? ja Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?ja</p> <p>Nach 8 Wochen GT Möglichkeit des Wechsels zur fokussierten VT-Gruppe</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Nach 8 Wochen signifikante Verbesserung in der VT-Gruppe gegenüber GT-Gruppe bzgl. Angst und Panik</p> <p>Nach 12 Wochen, die Patienten der VT-Gruppe zeigten eine deutliche Verringerung der Anzahl der Panikattacken. In der Selbstauskunft zeigte sich eine signifikante Reduktion der Depressivität, der Angst und des Vermeidungsverhaltens 15 der 16 Patienten, die von GT zu VT wechselten, zeigten ebenfalls signifikante Symptomreduktionen in diesen Bereichen von den 14 cross-over-PatientInnen, von denen nach 12 Monaten Daten verfügbar waren, zeigte sich in 79% Panikfreiheit. Dieser Effekt trat noch deutlicher bei den primär der VT-Gruppe zugeordneten PatientInnen auf. Der Anteil der Pat., die wegen der Panikstörung Benzodiazepine bekamen, sank auf 25%.</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: gegeben</p> <p>Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine

22	Fazit der Autoren	Die Studie bestätige den Trend anderer Studien, nach denen sich VT besonders in der Behandlung von Panikstörungen bewähre
23	Abschließende Bewertung	<p>VT ist in der Behandlung von Panikstörungen besonders wirksam</p> <p><u>Kritik:</u></p> <p>Ungleiche Vergleichsbedingungen: unklar, ob nach 8 Wochen die Dosis von ND und VT vergleichbar ist, ND-Gruppe konnte nach 8 Wochen in die VT-Gruppe wechseln, Keine Aussage zu Qualifikation der Therapeuten, Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird. „Manual Adherence“ immer negativ definiert, d.h. keine kohärente Manualisierung der ND Bedingung</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Generalised Anxiety: A controlled treatment study Blowers C , Cobbs J , Matthews A , 1987
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	RCT
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein Durchführung in London und Brighton
6	Indikationen / Diagnosen	Generalisierte Angststörung, diagnostiziert nach den Kriterien des DSM-III als Hauptdiagnose, gering ausgeprägte Depressivität und phobische Symptome konnten zusätzlich auftreten, solange keine eigene krankhafte Wertigkeit hierfür vorlag. Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? ja n=66
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Feststellung der Wirksamkeit von Angstmanagement, bestehend aus verhaltenstherapeutischen und Relaxations-Elementen Vgl. von Angstmanagement aus Kurz-VT und Relaxation (AMT) mit nichtdirektiver Beratung (NDC) und einer unbehandelten Kontroll-(Warte-) Gruppe
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	66 Pat. mit generalisierter Angststörung gemäß DSM-III . Keine psychiatrische Komorbidität, keine psychotrope Medikation oder, falls doch, stabile Dosierung für die letzten 3 Monate, Ausprägung der Angststörung stabil über die letzten 3 Monate, ein Score von 8 oder darüber auf der HAD-Scala (s.S.495), Alter 18-65 Jahre

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	AMT Durchführung von ausgebildeten Krankenschwestern/Pflegern, die zusätzlich verhaltenstherapeutische Zusatzqualifikation hatten, keine Psychologen oder Ärzte, zusätzlich bekamen die PatientInnen entweder eine VT-orientierte oder eine verständnisorientierte Broschüre zum Selbststudium. Die Zuordnung von den Therapieverfahren anhand von Tonbandprotokollen für beide Verfahren n=10 gelang durch einen „verblindet“ arbeitenden Rater für die GT-Gruppe zu 40% nicht bei AMT zu 10 % nicht
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	NDC ebenfalls von Krankenschwestern/Pflegern mit Zusatzqualifikation in VT (nicht näher spezifiziert) durchgeführt Unbehandelte Wartegruppe
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme: 2, parallel
12	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren: nach Angaben der Autoren ja, 2 Drittel in Brighton , 1 Drittel in London durchgeführt
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben? beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? Nicht bekannt
15	Beobachtungsdauer	10 Wochen für alle 3 Gruppen 6 Monats-Follow-up für die beiden Therapiegruppen
16	16a Zielkriterien	Störungssymptome: Angst , Panik, Anspannung, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung. Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja Selbstauskunft und Fremdratings

	16b Zielkriterien-Erfassung	Interview, standardisierte Fragebögenz.B.Clinical Anxiety Scale, HADS, Social Adjustment and clinical severity scale, prospektiv,)? Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen?ja
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? nicht bekannt
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	AMT n=20,NDC n= 22, Wartegruppe n=24, Drop outs n=29.Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet?Nicht ausführlich. Nach Angabe der Autoren seien die Dropouts über alle Gruppen gleichverteilt gewesen Covarianzanalyse, Tukey Test, Intention-to-treat-analyse
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Alle Gruppen wurden von Pflegekräften behandelt, die eine nicht näher bezeichnete Zusatzqualifikation in VT hatten. Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja
20	Ergebnisse	Überlegenheit der AMT-Gruppe gegenüber der Warteliste insgesamt etwas größer als die Überlegenheit der NDC-Gruppe gegenüber der Wartegruppe. Diese Überlegenheit zeigt sich jedoch nur im Fremdrating bei Therapieende mit Signifikanz. Bei Patientenselbstauskunft keine signifikanten Unterschiede zwischen NDC und AMT. Bei 6-Monats-follow-up ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen AMT und NDC .
21	Unerwünschte Therapiewirkung	„Therapie“ wurde durch Personal durchgeführt (Pflegepersonal), das keine Qualifikationsmerkmale, wie in der BRD gemäß PT-Richtlinien erforderlich, gehabt hat
22	Fazit der Autoren	Die Autoren zeigten sich von dem Ergebnis überrascht, dass sich eine eindeutige Überlegenheit der AMT gegenüber anderen therapeutischen Verfahren, hier: NDC, nicht im antizipierten Umfang ableiten ließ. Da dies im Widerspruch zu anderen Arbeiten stünde, fordern sie weitergehende Studien zur Wirksamkeit.

23	Abschließende Bewertung	<p>„Therapie“ wurde durch Personal durchgeführt (Pflegepersonal), das keine Qualifikationsmerkmale wie in der BRD gemäß PT-Richtlinien erforderlich, gehabt hat.</p> <p>Bei einer Stichprobe von n=20 gelang es einem unabhängigen Rater anhand von Tonbandprotokollen in 10% der AMT und in 40 % der NDC nicht, das jeweilige Verfahren richtig zuzuordnen.</p> <p>Es besteht zusätzlich die Frage, ob die geringen Unterschiede zwischen beiden Therapiegruppen nicht durch die VT-Lastigkeit der durchführenden TherapeutInnen erklärt werden kann</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder Borkovec T D , Costello E ; Journal of consulting and clinical psychology ,1993
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	RCT
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein
6	Indikationen / Diagnosen	Generalisierte Angststörung gemäß DSM-III-R. Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Ja
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Grundsätzliche Wirksamkeit der Verhaltenstherapeutischen Ansätze. Klärung des Anteils unspezifischer Faktoren und des Anteils der Relaxation. Zusätzlich differentielle Bewertung der verglichenen Verfahren bzgl. der Wirksamkeit
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Generalisierte Angststörung, diagnostiziert anhand Patientenselbsteinschätzung und standardisierter Erhebungselemente, ua. HARS , HRSD , BDI , SKID . Durchschnittsalter: 37,5 Jahre Durchschnittliche Dauer der Störung: 17,1 Jahre Ausschlusskriterien: Panikstörung, weitere Psychotherapie , frühere Behandlung des Probanden mit einer der Methoden , Hypoglycemia , Schilddrüsenfunktionsstörung , Antidepressiva , Psychose, Substanzmißbrauch, Major Depression
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Applied Relaxation (AR) Cognitive-behavioral Therapy (CBT)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Nondirective Therapy (ND) (unklar , ob diese Methode mit der eigentlichen GT nach Rogers übereinstimmt)
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme : 3, parallel
12	Zahl der Zentren	Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren : ja

13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben oder detailliert beschrieben?detailliert beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? unklar
15	Beobachtungsdauer	12 Sitzungen im wöchentlichen Abstand; 1 Jahr Katamnesezeitraum.
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Angst anhand von 8 standardisierten Erhebungselementen - Depressivität anhand von 2 standardisierten Erhebungselementen - Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet?ja</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? ja</p> <p>diagnostiziert anhand Patientenselbsteinschätzung und standardisierter Erhebungselemente, u.a. HARS , HRSD , BDI , SKID,STAI .</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? unklar
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen ist erfolgt</p> <p>Die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) wurden dokumentiert und begründet.</p> <p>Es erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse)</p> <p>Es fanden sich keine Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Es liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, zu relevanten prognostischen Faktoren, Begleittherapien etc.?</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p> <p>Erfahrene Therapeuten (2) und 2 fortgeschrittene Graduierte führten die Therapien durch</p>
20	Ergebnisse	<p>AR und CBT waren etwa gleich wirksam und wirksamer als NDT. NDT bewirkte die größten emotionalen messbaren Änderungen. Nach dem 12-Monats-Follow-up nahmen die erreichten Veränderungen für die ND-Gruppe am stärksten ab. Die erreichten Veränderungen blieben bei AR und CBT stabil, mit größten Effektstärken für die CBT. Die Autoren schlussfolgern weiter, dass sich die Behandlung der generalisierten Angststörung noch verbessern ließe durch stärkere Einbeziehung von Imaginationstechniken.</p> <p>Pat. mit relexationsinduzierter Angst hatten auch in der Endpunktmessung die höchsten scores für anxiety</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	<p>AR und CBT waren etwa gleich wirksam und wirksamer als NDT. NDT bewirkte die größten emotionalen messbaren Änderungen. Nach dem 12-Monats-Follow-up nahmen die erreichten Veränderungen für die ND-Gruppe am stärksten ab. Die erreichten Veränderungen blieben bei AR und CBT stabil, mit größten Effektstärken für die CBT. Die Autoren schlussfolgern weiter, dass sich die Behandlung der generalisierten Angststörung noch verbessern ließe durch stärkere Einbeziehung von Imaginationstechniken.</p> <p>Pat. mit relexationsinduzierter Angst hatten auch in der Endpunktmessung die höchsten scores für anxiety.</p>
23	Abschließende Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Borkovec TD, Mathews AM. Treatment of nonphobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. J Consult Clin Psychol 1988; 56 (6): 877-84 867
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Therapievergleichsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Durchgeführt am Department of Psychology, Pennsylvania State University, USA Teilweise unterstützt vom National Institute of Mental Health Research Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	Generalisierte Angststörung, Panikstörung Es handelt es sich um eine diagnostisch homogene Population.
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Wirksamkeitsvergleich von nondirective therapy, cognitive therapy und coping desensitization jeweils mit relaxation therapy zusammen angewandt, bei der Behandlung von generalisierten Angststörungen und Panikstörungen. Nachweis differentieller Wirkungen in einem „Therapie-Paket“; erhöht Hinzufügung von nondirective therapy, cognitive therapy und coping desensitization die Wirksamkeit von relaxation treatment?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Diagnose: generalisierte Angststörung oder Panikstörung und Gutachtereinschätzung im klinischen Interview Score von 4 im Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS) oder Score größer 9 auf der Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), keine medikamentöse Behandlung, keine andere Therapie, keine ernsthafte Depression (Score größer 20 auf der Hamilton Rating Scale for Depression oder Gutachter Einschätzung) oder andere psychische Störungen.

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>Progressive Relaxation für alle Pat. (nach dem Manual von Bernstein u. Borkovec): 12 Einzelsitzungen 2x i.d. Woche.</p> <p>Und jeweils 12 Sitzungen</p> <p><u>Nondirective therapy</u>: Klienten wurden angehalten, ihre Gefühle und Gedanken über sich und ihre Angst zu explorieren und sollten andere Umgehensweisen mit Ereignissen ausprobieren. Die Therapeuten gaben keine Anregungen oder Anweisungen, sondern sollten den Inhalt und die Empfindungen in den Mitteilungen des Klienten in einer Atmosphäre von Akzeptanz, Wärme und Achtung reflektieren. Hausaufgaben: Anwendung der progressiven Relaxation, tägliche Tagebuchaufzeichnungen über Beobachtungen, Einsichten und Beschreibung emotionaler Erfahrungen für spätere Sitzungen.</p> <p>Oder</p> <p><u>Cognitive therapy</u>: nach Beck und Emery (1985). Klienten werden instruiert, ihre Gedanken, Bilder und Überzeugungen zu identifizieren und zu beobachten, deren Evidenz logisch zu beurteilen, neue Überzeugungen mit besserer Evidenz zu konstruieren und diese neuen Kognitionen während angstbesetzter Erfahrungen zu benutzen. Hausaufgaben: Anwendung der progressiven Relaxation, Anwendung kognitiver Techniken und Verhaltensexperimente in alltäglichen Situationen, um alte und neue Überzeugungen zu testen.</p> <p>Oder</p> <p><u>Coping desensitization</u>: auf der Basis der kognitiven und somatischen Symptome der Klienten wurde eine Hierarchie erstellt. Relevante Situationen, die diese Angstausröser enthielten, dienten als Kontext für die Vorstellung in sensu. Hausaufgaben: Anwendung der progressiven Relaxation, Anwendung der erreichten Entspannung in alltäglichen Angstsituationen.</p> <p><u>Therapeuten</u>: promovierte klinische Psychologen, durchschnittlich 5,3 J. klinische Erfahrung nach der Promotion, ein Hochschulabsolvent mit 6 Jahren klinischer Erfahrung; ein dreimonatiges Training der Therapeuten durch den Autor bevor die Therapien durchgeführt wurden. 100% Kontrolle der Tonbandprotokolle. Supervision.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	Drei Behandlungsarme, parallel
12	Zahl der Zentren	1

13	Randomisierung	Nicht beschrieben Erreichbarkeit und Auslastung der Therapeuten waren Kriterium
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nein
15	Beobachtungsdauer	Messzeitpunkte: direkt vor und nach der Therapie, 6 und 12 Monate später
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	Reduktion der Angstsymptomatik Trait-Version des State-Trait Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Zung Self-Rating of Anxiety Beck Depression Inventory Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire, Cognitive/Somatoc Anxiety Inventory. Stress-Test vor und nach Beendigung der Therapie mit Erhebung physiologischer Parameter.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Bei 141 Kontakten wurden 109 Klienten ausgeschlossen (Kriterien werden benannt). Zwei Klienten brachen nach der zweiten Sitzung wegen Zeitmangels ab. 30 Klienten schlossen die Therapie ab. Davon jeweils 6 mit generalisierter Angststörung und 4 mit Panikstörung in den drei Behandlungsarmen. Es wurde keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	s.o.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Es liegen lediglich Angaben zum Geschlecht vor, aber: Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen gegeben (durch univariate Varianzanalyse geprüft)
20	Ergebnisse	Keine Unterschiede weder in der allgemeinen , noch in der differenziellen Wirksamkeit zwischen den Behandlungsgruppen. Jede Behandlungsbedingung brachte signifikante Verbesserungen in einer Vielzahl der angewendeten Veränderungsmaße. Die Verbesserungen bestanden auch noch nach 12 Monaten.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben.

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen,
Zwangsstörungen
-

22	Fazit der Autoren	Das Ergebnis lässt eine Vielzahl von Interpretationen zu. Hinweise, dass die Erwartung von Verbesserung durch Behandlung –gleich welcher Art - der Patienten einen signifikanten Beitrag zur Besserung der Angstsymptome leistete.
23	Abschließende Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Craske, M.G., Maidenberg E., Bystritsky A. Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 1995, 26 (2):113-20.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Nicht ersichtlich
6	Indikationen / Diagnosen	Panikstörung mit und ohne Agoraphobie; nach DSM-III-R und Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Beurteilung eines kostengünstigen Ansatzes von cognitive behavior therapy (CBT) bei Panikstörung, im Vergleich mit nondirective, supportive therapy (NST)
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Personen, die sich um eine Behandlung ihrer Panikstörung im Anxiety Program am Neuropsychiatric Institute der UCLA bemühten; d.h. um eine pharmakologische Behandlung. Alter: zwischen 18 und 65 Jahren. Absetzen von Psychopharmaka mindestens 7 Tage vor Diagnosestellung. Ausschlusskriterien: Überempfindlichkeit auf Benzodiazepine, somatische Störungen, zwanghafte und impulsive Störungen, Psychosen, bipolar affektive Störungen, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Suizidalität.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<u>Cognitive-behavior therapy (CBT)</u> : Informationsvermittlung, Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Atemübungen, Exposition in sensu. 4 wöchentliche Einzeltherapiesitzungen von 60-90 Minuten Dauer.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<u>Nondirective supportive therapy (NST)</u> : (nach der nonprescriptive therapy von Shear gestaltet) Informationsvermittlung analog CBT, nicht direkte Besprechung von Angst und Paniksyndromen und ihrer möglichen Beziehung zu alltäglichen Stressoren. 4 wöchentliche Einzeltherapiesitzungen von 60-90 Minuten Dauer.
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme

12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Nicht beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht beschrieben.
15	Beobachtungsdauer	Vor und nach der Behandlung (vier Wochen)
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	Kurzzeit-CBT ist kostengünstiger und wirkungsvoller als NST bei einer Stichprobe von Patienten mit Panikstörungen, die eine Pharmakotherapie anstrebten. Messung durch unabhängige Beurteiler. Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R); Anxiety Sensitivity Index; Fear Questionnaire; Four Dimensional Anxiety; Subjective Symptom Scale; Panic Attack Records
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	34 Es wurde keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<u>30</u> : 20 weiblich, 10 männlich; Durchschnittsalter 36,1; durchschnittliche Dauer der Panikstörung 9,9 Jahre; 4 verweigerten die Teilnahme.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen (geprüft mit Fisher und t-Tests)
20	Ergebnisse	Vier wöchentliche Sitzungen CBT waren effektiver als vier wöchentliche Sitzungen NST in Bezug auf Paniksymptome, Befürchtungen bezügl. der Panik und phobischen Ängsten. Keine Überlegenheit der CBT bei distress. Vierwöchentliche CBT ist wirksam, die Effekte sind aber geringer als diejenigen, die von 12 bis 16 wöchentlicher CBT erreicht werden.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	CBT kann eine praktikable und ausreichende Behandlungsmöglichkeit für eine Untergruppe von Patienten mit Panikstörungen sein, die medizinisch orientierte Behandlung suchen.
23	Abschließende Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Grawe K. Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. (1. Auflage). Bern: Huber. 1976.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Empirische Therapie-Vergleichsstudie.
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Forschungsprojekt, durchgeführt von Grawe und Plog an der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	Patienten mit phobischer Symptomatik Es handelt es sich um eine diagnostisch heterogene Population.
7	7a Fragestellung	Vergleichende, differentielle Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie
	7b Zielsetzung	Fragestellungen der Untersuchung: 1. „Welche Effekte bewirkt Gesprächspsychotherapie und welche Effekte bewirkt Verhaltenstherapie bei psychiatrischen Patienten mit schweren Phobien? Unterscheiden sich die Effekte der Therapiemethoden? Wenn ja, worin bestehen die Unterschiede?“ (Vergleichende Beschreibung der Effekte der beiden Therapiemethoden) 2. „Bei wem bewirken die beiden Therapiemethoden diese Effekte? Lassen sich aufgrund von Ausgangsmerkmalen eines Patienten Voraussagen darüber treffen, was für Effekte zu erwarten sind, wenn man eine der beiden Therapiemethoden auf ihn anwendet?“ 3. „Wodurch können die Effekte, die sich bei jeder der beiden Therapiemethoden zeigen, bedingt sein?“
8	Relevante Ein- und	Patienten, die mit dem „groben Etikett Phobiker“

	Ausschlusskriterien	zur Behandlung angemeldet wurden, wurden vom Untersucher selbst oder einer Kollegin einem Erstinterview unterzogen. Aufnahme in die Studie fanden nur solche Patienten, bei denen beide gemeinsam der Meinung waren, dass die „phobische Symptomatik im Vordergrund des Beschwerdebildes standen“.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p><u>Verhaltenstherapie:</u> halbes Jahr Einzel-VT mit 1-2 Sitzungen pro Woche; durchschnittliche Dauer: 21,4 Std. „Broad spectrum behavior therapy“ nach Lazarus (1966): funktionale Verhaltensanalyse nach Kanfer und Saslow, systematische Desensibilisierung, Flooding, Habitationsstraining, operante Verstärkungsprogramme unter Einbezug von Angehörigen als Mediatoren. <u>Therapeuten:</u> fortgeschrittene Studenten, da es zum Zeitpunkt der Untersuchung „fast keinen fertig ausgebildeten Verhaltenstherapeuten“ gab. Zunächst 2 Übungstherapien unter Supervision, dann Behandlungen i.R. der Studie mit wöchentlicher Besprechung und Supervision durch den Untersucher und seine Kollegin („erfahrene Verhaltenstherapeuten“).</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie:</u> Halbes Jahr Einzel-GT mit 1-2 Sitzungen pro Woche; durchschnittl. Dauer 26,4 Std. Gesprächspsychotherapie nach Tausch (1970). Therapeuten „bemühten sich, sich möglichst weitgehend im Sinne der therapeutischen Kernvariablen (Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte, positive Wertschätzung sowie Echtheit und Selbstkongruenz) zu verhalten“. <u>Therapeuten:</u> Studenten in fortgeschrittener Ausbildung in GT am Hamburger Psychologischen Institut. Einzelsupervision anhand von Tonbandaufzeichnungen durch den Untersucher und seine Kollegin (beide Ausbilder in GT).</p> <p><u>Kontrollgruppe:</u> Patienten verblieben in der bisherigen nervenärztlichen Behandlung, deren „Erfolglosigkeit sich – meist schon über einen Zeitraum von mehreren Jahren – bereits erwiesen hatte“ und denen nach ½ Jahr Wartezeit eine VT oder GT in Aussicht gestellt wurde. Je Gruppe 6 Therapeuten, die 3 Patienten behandelten; in jeder Gruppe musste allerdings</p>

		wegen Ausscheidens ein 7. Therapeut hinzugezogen werden.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	3 Behandlungsarme, parallel.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	ist beschrieben: Patienten wurden nach dem Prätest durch Würfeln den verschiedenen Bedingungen zugewiesen. Aber: da die zur Mitarbeit bereiten Therapeuten auf Patientenzuweisung drängten, wurde zeitweise nur zwischen den Behandlungsbedingungen ausgewürfelt. Dies führte zu einer zeitlichen Verschiebung bei der Kontrollgruppe: der Posttest erfolgte im Mittel etwas später als bei den beiden anderen Gruppen.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	s.o.
15	Beobachtungsdauer	<u>Behandlungsgruppen</u> : Vor und unmittelbar nach der Therapie, Follow-up vier Monate nach Beendigung der Behandlung. <u>Kontrollgruppe</u> : zu Beginn und nach einem halben Jahr Wartezeit; kein Follow-up.
16	16a Zielkriterien	Wirksamkeit und differenzielle Wirksamkeit

	<p>16b Zielkriterien-Erfassung</p>	<p>Skalen von Gelder und Marks (1966):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbsteinstufung der phobischen Symptomatik - Fremdbeurteilung durch nahen Angehörigen und durch unabhängigen, erfahrenen Psychiater. <p>Angstliste von Wolpe und Lang (1964): Erfassung der allgemeinen Neigung zu phobischen Ängsten.</p> <p>FPI</p> <p>16-PF von Cattell</p> <p>Polaritätenprofil von Mannesmann (1972): Korrelation Selbstbild-Idealbild</p> <p>Eigenschaftswörter-Liste von Janke (1961): Erfassung der Befindlichkeit</p> <p>Therapieveränderungsfragebogen von Mehnert (1969)</p> <p>Medikamentenverbrauch</p> <p>Skalen von Gelder und Marks (1966):</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Erfassung von Störungen des Sozialverhaltens; - Einschätzung durch nahen Angehörigen und unabhängigen Psychiater.
<p>17</p>	<p>Anzahl der zu behandelnden Patienten</p>	<p>54 (3x18) Patienten;</p> <p>durch einen Fehler bei der Registrierung wurde der Kontrollgruppe 1 Patient zu wenig zugewiesen.</p> <p>Keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation).</p>
<p>18</p>	<p>Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten</p>	<p>Nur solche Patienten, die „in einer Vielzahl von Situationen phobische Ängste“ hatten; Mehrzahl Agoraphobiker, der größte übrige Teil Sozialphobiker, der wenige Rest ganz komplexe phobische Symptomatik.</p> <p>73% weiblich;</p> <p>mittleres Alter 29,8 Jahre;</p>

		<p>phobische Symptomatik besteht im Durchschnitt seit 8,6 Jahren;</p> <p>Im FPI: Profil einer gemischten Neurotikerstichprobe</p> <p>Keine weiteren Angaben.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Es liegen keine Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen in tabellarischer Form nachvollziehbar vor</p>
20	Ergebnisse	<p><u>Veränderungen während der Therapie (Messung direkt nach Therapieende):</u></p> <p>Die phobischen Symptome der Patienten beider Therapiegruppen nahmen während der Therapie hochsignifikant ab, sowohl im Urteil der Patienten selbst als auch in der unabhängigen Einschätzung durch Psychiater und Angehörige. Das galt besonders für die individuellen Hauptphobien der Patienten.</p> <p>Die Erwartung, dass Verhaltenstherapie eine größere mittlere Symptomreduktion bewirkt, bestätigte sich nicht. Die Gesprächspsychotherapie-Patienten verändern sich über alle Maße für die phobische Symptomatik gesehen im Mittel ebenso stark wie die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten.</p> <p>Die Erwartung, dass Gesprächspsychotherapie mehr mittlere Veränderungen im Persönlichkeitsbereich bewirkt, bestätigte sich nicht. Es zeigte sich das Gegenteil. Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie führten beide zu einer signifikant größeren Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild.</p> <p>Im FPI traten signifikante mittlere Veränderungen nur bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten ein. Sie erschienen im Unterschied zu den Gesprächspsychotherapie-Patienten weniger nervös, weniger depressiv, emotional stabiler und gelassener. Die Abnahme in der Skala Neurotizismus war in der Verhaltenstherapie-Gruppe signifikant gegenüber der Gesprächspsychotherapie-Gruppe.</p> <p>Im 16-PF traten bei beiden Therapiegruppen keine bedeutsamen mittleren Veränderungen ein.</p>

		<p>Die Eigenbefindlichkeit verbesserte sich bei den Patienten beider Therapiegruppen gegenüber denen der Kontrollgruppe hochsignifikant und im Ausmaß gleich stark.</p> <p>Der Medikamentenverbrauch nahm bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten signifikant und zwar auch gegenüber der Gesprächspsychotherapie-Gruppe ab.</p> <p>Das Freizeitverhalten verbesserte sich bei beiden Therapiegruppen gleichermaßen.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie bewirkte</u> bei phobischen Patienten im Durchschnitt eine deutliche Symptomreduktion und Verbesserung der Eigenbefindlichkeit sowie eine Zunahme der Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild.</p> <p><u>Verhaltenstherapie bewirkte</u> diese Veränderungen im gleichen Ausmaß und darüber hinaus positive Veränderungen in einer Reihe von Persönlichkeitsskalen und eine bedeutsame Abnahme des Medikamentenverbrauchs.</p> <p><u>Verhaltenstherapie schien im Mittel</u> und über alle erhobenen Maße gesehen der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung phobischer Patienten <u>leicht überlegen</u> zu sein.</p> <p>Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie erzeugten <u>sehr unterschiedliche Veränderungsmuster</u>.</p> <p>Bei der Verhaltenstherapie hingen die erzielten Veränderungen insgesamt sehr viel enger miteinander zusammen als bei der Gesprächspsychotherapie und der Kontrollgruppe.</p> <p>Die beiden Therapien bewirkten nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ unterschiedliche Effekte.</p>
--	--	--

		<p><u>Veränderungen nach der Therapie (follow-up):</u></p> <p>Die während der Therapie erreichten positiven Veränderungen blieben in den Monaten nach der Therapie in beiden Therapiegruppen sehr weitgehend bestehen.</p> <p><u>Verhaltenstherapie-Patienten:</u></p> <p>Vermeidungsverhalten stieg nach der Therapie signifikant wieder an, allerdings nicht bis auf dasselbe Niveau wie vor der Therapie.</p> <p>Geringfügige aber signifikante Zunahme von Erregbarkeit im FPI.</p> <p>Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie-Patienten:</u></p> <p>Nach der Therapie im Mittel keine bedeutsamen Verschlechterungen sondern in einigen Bereichen noch signifikante positive Veränderungen.</p> <p>Geselligkeit, Extraversion, Offenheit und Maskulinität im FPI stiegen an.</p> <p>Weitere Verbesserung des subjektiven Befindens.</p> <p>Mehr bedeutsame Veränderungen noch nach der Therapie als bei Verhaltenstherapie.</p> <p>Höhere Veränderungsvarianz in einer ganzen Reihe von Maßen für die Zeit nach der Therapie: Auch nach der Therapie veränderten sich einige Patienten noch weiter in positiver Richtung, während bei anderen Patienten wieder Verschlechterungen eintraten.</p> <p><u>Ergebnisse zur differenziellen Indikation:</u></p> <p>Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie haben bei phobischen Patienten jeweils eine spezifische Indikation.</p> <p><u>Verhaltenstherapie-Gruppe:</u></p> <p>Die Patienten mit dem höchsten phobischen Leidensdruck erfuhren die größte Symptomreduktion und damit im Zusammenhang eine allgemeine Besserung.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie-Gruppe:</u></p> <p>Kein Zusammenhang zwischen der Ausgangsstärke der phobischen Symptomatik und Symptomveränderungen und kein Zusammenhang mit Persönlichkeits- oder Befindlichkeitsveränderungen; allerdings</p>
--	--	---

		Hinweise, dass Patienten mit hohem phobischen Leidensdruck bei Gesprächspsychotherapie noch abhängiger und hilfebedürftiger wurden und mit einer Verschlechterung ihrer Befindlichkeit reagierten.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	s.o.
22	Fazit der Autoren	<p>Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie erzielten bei Patienten mit schwerer phobischer Symptomatik qualitativ unterschiedliche Wirkungen.</p> <p>Verhaltenstherapie wirkte besonders erfolgreich bei Patienten mit starken phobischen Ängsten und einem ausgeprägten phobischen Leidensdruck und bewirkte hier eine drastische Reduktion der phobischen Symptomatik. Bei Patienten, bei denen der subjektive Leidensdruck nicht so weitgehend auf die phobische Symptomatik konzentriert war, bewirkte Verhaltenstherapie dieses allgemeine positive Veränderungsmuster nicht. Die phobischen Symptome wurden bei diesen Patienten nicht reduziert und damit trat auch keine allgemeine Besserung ein.</p> <p>Bei den gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten waren die Veränderungen der phobischen Symptomatik und sonstige Besserungen von der Ausgangsstärke der phobischen Symptomatik unabhängig.</p> <p>Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie schienen nicht nur unterschiedliche Auswirkungen auf den klinischen Zustand des Patienten zu haben, sondern sie vermittelten durch das unterschiedliche therapeutische Vorgehen auch unterschiedliche Normen oder Sichtweisen.</p> <p><u>Differenzielle Indikation:</u></p> <p>Ein Patient mit sehr schweren Phobien und ausgeprägtem phobischen Leidensdruck sollte auf jeden Fall verhaltenstherapeutisch, und zwar unter Einbeziehung von Techniken der in-vivo-Konfrontation behandelt werden.</p> <p>Ist der subjektive Leidensdruck beim phobischen Patienten jedoch nicht so sehr auf die phobischen Symptome konzentriert, so sollte er</p>

		<p>gesprächspsychotherapeutisch oder jedenfalls nicht mit einer auf die phobischen Symptome konzentrierten Verhaltenstherapie behandelt werden.</p> <p>Die in der Studie festgestellten Unterschiede in der Wirkungsweise der beiden therapeutischen Verfahren scheinen hauptsächlich Unterschiede zwischen einem vorwiegend symptomzentrierten therapeutischen Vorgehen und einem nicht so sehr auf die Symptome bezogenen Vorgehen darzustellen.</p> <p><u>Allgemein Folgerungen für die Psychotherapie-Forschung:</u></p> <p>Varianzanalytisches Design/ Mittelwertvergleiche sind nicht geeignet, die unterschiedliche Wirksamkeit von Therapiemethoden darzustellen. Hierfür ist die Analyse der Varianz innerhalb der Behandlungsgruppen notwendig.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Aussage, VT und GT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sei als wirksam erwiesen, ist vorsichtig zu interpretieren wegen deutlicher methodischer Schwächen:</p> <p>Randomisierung nicht adäquat; Sehr kleine Stichprobe; Diagnosestellung nicht operationalisiert; viele Veränderungsmesswerte (75 Variablen im 3fachen Vergleich getestet; bei 53 Patienten); Auswahl der Patienten/ Studienteilnehmer durch die beiden Untersucher nicht nach standardisierten Kriterien (betrifft aber alle Forschungsgruppen); keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Stichprobe; Supervision der Therapeuten durch den Untersucher. Behandlung durch Studenten.</p> <p>Hinweis auf differenzielle Indikation.</p> <p>Zielsetzung der Studie (differenzielle Psychotherapieeffekte) für die damalige Zeit innovativ, aber aufgrund der multiplen Testungen wären Bestätigungsstudien notwendig gewesen.</p>

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen,
Zwangsstörungen
-

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Aufgrund der methodischen Mängel ist keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit oder vergleichenden Wirksamkeit von GT oder VT möglich.
----	---	---

1	Quelle	Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40 (2): 139-45.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Kontrollierte Wirksamkeitsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Durchgeführt am Department of Psychiatry, Long Island Jewish-Hillside Medical Center, Glen Oaks, N.Y. Teilweise unterstützt durch National Institute of Mental Health. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	Agoraphobie; einfache Phobie; gemischte Phobie (einfache Phobie mit Agoraphobie) gemäß DSM-III Es handelt es sich um eine diagnostisch homogene Population.
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Behavior therapy ist bei der Behandlung von Angststörungen der Behandlung mit supportive psychotherapy überlegen.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Alle Patienten zwischen 21 und 45 Jahren, die an der Klinik um eine Behandlung nachsuchten, wurden mit Hilfe von diagnostischen Instrumenten durch unabhängige Beurteiler untersucht und zugeordnet, wenn sie die Kriterien einer Angststörung erfüllten.

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>Behavior therapy (BT) und Imipramin (doppelte Verblindung)</p> <p>Behavior therapy und Placebo (doppelte Verblindung)</p> <p><u>BT bestand aus:</u> Entspannungstraining und systematischer Desensibilisierung in der Vorstellung, spezielle in vivo-Desensibilisierung als Hausaufgabe und Selbstbehauptungstraining.</p> <p>Nondirective supportive psychotherapy (ST) und Imipramin (einfache Verblindung: Pat. wussten nicht, ob sie das Medikament oder ein Placebo erhielten)</p> <p><u>ST</u> war dynamisch orientiert und nicht-direktiv. Dem Patient oblag bei allen Gesprächen die Initiative; der Therapeut verhielt sich nicht-bewertend, empathisch und ermutigte den Patienten, über Gefühle, Ängste und interpersonelle Beziehungen nachzudenken und zu sprechen.</p> <p>26 wöchentliche Einzeltherapiesitzungen a 45 Minuten. Da BT als Erweiterung der ST angesehen wird, erhielten alle Patienten der BT-Gruppe auch ST als Teil ihrer Behandlung.</p> <p>Die Therapeuten wurden in BT und ST trainiert. Die BT und ST Gruppen wurden von den gleichen Therapeuten behandelt.</p> <p>Wöchentliche kurze Termine durch Psychiater hinsichtlich der medikamentösen Behandlung bis Dosisstabilisierung erreicht, danach einmal monatliche Telefonkontakte (keine Kenntnis der Behandlungszuordnung)</p> <p>Imipraminhydrochlorid Initialdosis: 25 mg vorm Schlafengehen, Erhöhung jede zweite Nacht um 25 mg bis Höchstdosis von 125 mg täglich erreicht wurde; sofern Panikattacken nicht nachließen, auch maximale Dosis von 800 mg täglich beschrieben.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	Drei Behandlungsarme, parallel
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben, nicht detailliert beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nicht beschrieben.
15	Beobachtungsdauer	Vor, in der Mitte und am Ende der Behandlung.

16	16a Zielkriterien	Reduktion der Angstsymptome
	16b Zielkriterien-Erfassung	Beurteilung der Verbesserung durch unabhängige Beurteiler, ohne Kenntnis der Behandlungszuordnung sowie durch den Therapeuten und durch Selbsteinschätzung des Patienten. Clinical Global Impression (CGI) Wolpe-Lang-Fear Inventory
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Es wurde keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Gesamtzahl: 218, davon 147 weiblich und 71 männlich. Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen gegeben (S. 127 u. 128 der ersten Studie) Die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) werden dokumentiert und begründet.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Es liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Vorbehandlungen, Erkrankungsdauer). Es gibt keine relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt: nicht ganz klar in Bezug auf die Höhe der Imipramin-Dosierung.
20	Ergebnisse	Es konnten keine bedeutsamen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen BT und ST nachgewiesen werden. Beide Behandlungssettings waren mit einem hohen Grad an Verbesserungen verbunden.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben.
22	Fazit der Autoren	Nicht die Behandlung mit BT hatte schlechte Ergebnisse, sondern die Behandlung mit ST wirkte unerwartet gut.
23	Abschließende Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Behandlung erfolgte an einer auf Angststörungen spezialisierten Klinik und unter hoher Imipramin-Gabe. Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	LADER, Interaction of pharmacological and psychological treatments of anxiety. Br J Psychiatry Suppl 42-8.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Review & Randomisierte kontrollierte Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Versucht eine theoretische und empirische Synopsis der Befundlage hinsichtlich interaktioneller Wirkungseffekte von verschiedenen Psychopharmaka und zweier Psychotherapieverfahren depressive und Angststörungen betreffend. Mischung aus Review und Ultrakurzbeschreibung
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien (aber: Kurzbeschreibung)
5	Bezugsrahmen	Wegen des Fehlens interaktioneller Wirkungsstudien im Angstbereich (im Gegensatz zur Depression) wurde eine solche entworfen und durchgeführt. Keine Intressenskonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	Hamilton Ratings for Anxiety (28,3) schwer Selfratings Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Patienten mittleres Alter Anfang 30 , Seit mehreren Jahren krank mit geringer GAS Homogenität unklar
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Interaktion von Placebo, zwei Psychotherapieformen und Psychopharmaka
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine Angaben außer den Testwerten. (16 Abbrecher davon 12 auf Buspiron)
9	Angewandte Psychotherapieverfahren	Nondirektive Therapie“ Der Patient kann sprechen, über was er will. (7 Sitzungen a 45 Minuten) Therapeuten: Keine Angaben
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	AMT (Anxiety-managementtraining) Erklärung der Symptome, Entspannungstraining, Modifizierung des Vermeidungsverhaltens, Erkennen und In-Fragestellen negativer Kognitionen. Behandler einer der Autoren (Bond). Buspirone, Plazebo (Flexibel bis 30 mg) bis 6 Kapseln

11	Studiendesign	2 X 2 design Bus + AMT. Bus + AMT, Plac+ AMT, Plac + NDT Varianzanalyse
12	Zahl der Zentren	Unklar
13	Randomisierung	-Doppelblind in Bezug auf die Fragebogenergebnisse. -Randomisierte Zuordnung zu den Behandlungsgruppen keine Angaben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben.
15	Beobachtungsdauer	Vor Behandlung, 4 und 8 Wochen
16	16a Zielkriterien	Reduktion in den Fragebogenwerten - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Doppel-blind-Ratings Hamilton Ratings for Anxiety
	16b Zielkriterien-Erfassung	Siehe 16 a
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	keine Gesamtzahl gefunden
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Hamilton Skalen und Krankengeschichte N=60, Alter 28,3
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine Angaben über Gruppencharakteristika
20	Ergebnisse	In allen 4 Feldern nach 4 Wochen Verbesserung mit Fortsetzung bis 8 Wochen unterhalb des Schwerekriteriums für die Anxiolytica Gruppe. Keine signifikanten Unterschiede der vier Gruppen.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Viele Abbrecher bei Buspiron
22	Fazit der Autoren	Nondirektive Therapie zusammen mit Placebo überraschend wirkungsstark . Die vermutete Überlegenheit von AMT, und AMT zusammen mit Buspiron ist nicht gegeben.

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen,
Zwangsstörungen
-

23	Abschließende Bewertung	<p>Auch bei schweren Angsterkrankungen ist Placebo mit nondirektiven Vorgehen den anderen Verfahren gleich.</p> <p>Fallzahl für die Statistiken zu klein. Katamnese fehlt. Streuung der Skalenwerte fehlt.</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen</p>

1	Quelle	Moreno Die Behandlung zwanghafter Störungen: Eine Ergebnisstudie . GWG Info, 1983 , 51, 141 – 50
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Ergebnisstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Versucht eine theoretische und empirische Synopsis der Befundlage hinsichtlich differentieller Effekte VT und GT – Es werden Angstmaße erhoben.
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Keine Angaben. Wahrscheinlich Universitätsforschung mit Patienten aus verschiedenen Institutionen.
6	Indikationen / Diagnosen	Zwanghafte Patienten Hauptsymptom seit zwei Jahren Mittlere Dauer 5,7 Jahre , AM Alter 27,25 Homogenität in Bezug auf Hauptsymptom unklar
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Wirksamkeit von GT, VT , Placebo , Wartekontrollgruppe
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Zwanghafte Störung Hauptsymptom seit 2 Jahren Ausschluss Psychotiker, ausgeprägt affektiv gestört. Einwilligung keine andere Behandlung ausser geringen Dosen Tranquilizer
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Klientenzentrierte nach Rogers (1951) und Truax & Carkuff (1967) 1 Therapeut 10 Jahre Berufserfahrung
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Verhaltenstherapie – Reaktionsverhinderung, Entspannung und Gedankenstopp gelegentlich Selbstbehauptungstraining und kognitive Restruktuierung (1 Therapeut 7 Jahre Berufserfahrung) Placebo – Kontrollgruppe . Freie Diskussion mit Patienten ohne direkte Analyse des Problems und Empfehlungen (Nach Abschluss der Studie Behandlung) Wartekontrollgruppe (Nur Testung) Nach Abschluss der Studie Behandlung (Speziell trainierte Studenten)

11	Studiendesign	Zufällig eine von 4 Gruppen Parallelisierung der 4 Gruppen so gleichmässig wie möglich nach der Hauptsymptomatik. (Je Gruppe 5 Patienten)
12	Zahl der Zentren 1	
13	Randomisierung	Randomisierung und Parallelisierung. Keine Angaben, wie zu vereinbaren
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Auswertern und Therapeuten waren die Hypothesen bekannt.
15	Beobachtungsdauer	Höchstens 24 Sitzungen in einer Periode von sechs Monaten. 9 Monate danach Katamnese
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	C.E.P. Neurotizismus, C.A.I. State Angst SSIAM (Arbeit, Soziale Aktivitäten , Familie) Am Schluss nur soziale Aktivitäten Beziehungsfragebogen Truax 10 Punkte Skala für Häufigkeit der Symptomatik , zwanghafte Angst , Zeit für Rituale Selbsteinschätzung: Häufigkeit zwanghaftes Verhalten in einer Woche.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	20 mit 5 pro Gruppe
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	12 Frauen 8 Männer 18 bis 41 Jahre (AM 27,25) Intelligenz 11 bis 17
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen, 'nach Intensität und Dauer der Hauptsymptomatik, Alter und Intelligenz' parallelisiert
20	Ergebnisse	Signifikante Unterschiede im Rating: Häufigkeit, aufgewendete Zeit , zwanghafte Angst für alle Therapieverfahren (Letzteres Mass auch in Placebogruppe) Signifikante Unterschiede zwischen GT und VT. Keine zwischen GT und Plazebo. GT leicht gebessert (globale Beurteilung) VT Heilungen 69% CEP (Neurotizismus) keine Verbesserungen. Soziale Besserung in allen vier Gruppen einschliesslich Wartekontrollgruppe

21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine hinreichende Unterscheidung zwischen Placebo und GT Setting . Gleiche Einschätzung in den Truax Einschätzungen.
22	Fazit der Autoren	VT ist die bessere Behandlungsmethode als GT (Schneller und wirkungsvoller).
23	Abschließende Bewertung	Keine hinreichende Unterscheidung von Placebo und GT in der Definition der Therapiebedingungen. Die kleine Zahl der Patienten pro Gruppe macht eine Einschätzung nicht leicht. Die Varianzanalyse und der Sheffetest bei der Streuung sind problematisch. Das State Angst Rating bei zwanghafter Angst hat sich gebessert, aber nicht mehr als bei Placebo.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen

1	Quelle	Plog U, Grawe K. Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Bern:Huber.1976
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Empirische Therapievergleichsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Forschungsprojekt (Psychotherapieforschung und Denkansätze für Umweltpsychologie), durchgeführt von Grawe und Plog an der Psychiatrischen Universität Hamburg. Keine inhaltlich relevanten Interessenskonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	Patienten mit phobischer Symptomatik, diagnostisch heterogene Population Warum Phobiker –eindeutig fassbare symptomatische Zuordnung; bei Diagnosefindung herrscht Einigkeit unter verschiedenen Untersuchern; Diagnose deskriptiv möglich, Zusammenhang zwischen der Unfreiheit des Individuums mit seinen Symptomen und seine Umwelt besonders deutlich
7	7a Fragestellung	Wirkung einer bestimmten therapeutischen Methode durch Vergleiche ihrer Wirkung mit anderen Methoden- Differentielle Psychotherapieforschung
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung Wie nimmt sich ein Individuum in seiner Lebenssituation wahr? Welche Wirkung haben die therapeutischen Verfahren darauf? Welche Auswirkung hat die Therapiemethode auf die Sichtweise des Individuums und seiner Umwelt?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: phobische Ängste im Vordergrund der Beschwerden; Alter zwischen 20-40 Jahre; keine psychotherapeutische Vorbehandlung; medikamentöse Behandlung allein nicht ausreichend
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<u>Gesprächspsychotherapie</u> Gesprächspsychotherapie nach TAUSCH 1973; Nachdenken über Gefühle und gefühlsmäßige

		<p>Stellungnahmen, positive Wertschätzung; Stärkung des Selbstvertrauens</p> <p><u>Therapiezeit:</u> halbes Jahr, 1-2 Sitzungen pro Woche. Dauer 26,4 Std.</p> <p><u>Therapeuten:</u> Studenten in fortgeschrittener Ausbildung, Einzelsupervision anhand von Tonbandaufzeichnungen, Vorlage eines klinisch-psychologischen Praktikums oder Vorlesungsnachweis für Psychopathologie</p> <p><u>Verhaltenstherapie</u></p> <p>VT im Sinne von LAZARUS 1966 „Broad – spectrum behavior therapy“</p> <p><u>Therapiezeit</u> halbes Jahr Einzeltherapie mit 1-2 Sitzungen pro Woche, Dauer 21,4 Std.</p> <p><u>Therapeuten:</u> Studenten, da es zu dem Zeitpunkt nur wenige ausgebildete Verhaltenstherapeuten gab. Voraussetzung -2 erfolgreiche Behandlungen in Vorbereitung auf diese Untersuchung, Supervisionen wöchentlich</p> <p><u>Kontrollgruppe</u></p> <p>Patienten verblieben in bisheriger nervenärztlicher Behandlung, nach einer Wartezeit von einem halben Jahr wurde VT oder GT in Aussicht gestellt</p> <p>In jeder Gruppe 6 Therapeuten, die 3 Patienten betreuten; in jeder Gruppe musste allerdings wegen Ausscheidens ein 7. Therapeut hinzugezogen werden</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	3 Behandlungsarme parallel
12	Zahl der Zentren	Universität Hamburg
13	Randomisierung	Ist beschrieben: Patienten wurden mit dem Würfel auf eine der 3 Gruppen verteilt. Es wurde darauf geachtet, dass in beiden Therapiegruppen gleich viele männliche Teilnehmer eingeschlossen wurden. Anwesenheit der Therapeuten für 1 Jahr sollte gewährleistet sein.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	s.o.
15	Beobachtungsdauer	<p><u>Kontrollgruppe:</u> therapeutische Behandlung nach einem halben Jahr</p> <p><u>Behandlungsgruppe</u></p> <p>-Erstinterview mit psychologischer Testdiagnostik</p> <p>-zufällige Zuteilung in eine der</p>

		Behandlungsgruppen - halbes Jahr Therapiezeit - - Kontrolluntersuchung -3. Testung nach weiteren 3-4 Monaten ohne Behandlung
16	16a Zielkriterien	Konkrete Gestaltung und Indikationsstellung von therapeutischen Verfahren Wirksamkeit von Psychotherapie Einfluss der Therapie auf das Zusammenspiel zwischen Individuum und Umwelt Wertigkeit von Lebensbedingungen und deren Änderungen auf den therapeutischen Prozess
	16b Zielkriterien-Erfassung	Selbstbeurteilungsbogen nach GELDER und MARKS 1966 Angstliste nach WOLPE und LANG 1964 Polarisationsprofil Eigenschaftswörterliste nach JANKE 1961 16-PF nach CATTELL Freiburger Persönlichkeitsinventar FAHRENBERG und SELG 1970 Veränderungsfragebogen nach MEHNERT Fremdbeurteilung Fragenkatalog zur Zufriedenheit
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	53 Patienten; 3x18 Teilnehmer waren geplant Durch einen Fehler in der Registrierung fehlte der Kontrollgruppe 1 Teilnehmer

		Keine Powerkalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>53 Patienten,</p> <p><u>GT Gruppe:</u> mittleres Alter 28,94 Jahre; 14 Frauen 4 Männer, Dauer der Symptomatik 7,3 Jahre</p> <p><u>VT Gruppe:</u> mittleres Alter 28,67 Jahre; 14 Frauen 4 Männer; Dauer der Symptomatik 9,39 Jahre</p> <p>Kontrollgruppe: mittleres Alter 31,76 Jahre; 11 Frauen 6 Männer, Dauer der Symptomatik 9,29 Jahre</p> <p>Die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) sind dokumentiert und begründet</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)? Nein</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten. Nicht beschrieben.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Angaben liegen getrennt nach Behandlungsgruppen in tabellarischer Form vor.</p> <p>Keine relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.</p> <p>Gleichbehandlung bis auf die Intervention.</p>
20	Ergebnisse	<p>VT und GT bewirken bei Patienten mit schwerer phobischer Symptomatik beide im Mittel hochsignifikante positive Effekte im Vergleich zu der Kontrollgruppe (Reduktion der phobischen Symptomatik und Veränderungen in anderen Bereichen)</p> <p>Jede Therapie für sich bewirkt spezifische Veränderungen bei jeweils bestimmten Patienten (im Mittel trotzdem gleiche Effekte in beiden Therapien).</p> <p>Die Therapieformen beeinflussen die Patienten in unterschiedlicher Weise, ihre Lebensbedingungen wahrzunehmen.</p>

		<p>Beide Therapieverfahren wirken unterschiedlich auf die Ökosysteme von Individuen.</p> <p>VT arbeitet mit dem Anspruch, umweltzentriert zu sein. Sie lehrt den Patienten, seine Veränderungen an Veränderungen des Symptoms zu kontrollieren. Veränderungen während der Therapie geschehen, damit die Angst weniger wird.</p> <p>GT lehrt ihre Individuen, ihre Abhängigkeit von beeinträchtigenden Lebensbedingungen zu explorieren. Der Einfluss auf das Ökosystem besteht in einer Verknüpfung von Selbstexploration und Exploration der Lebensbedingungen.</p> <p><u>Verhaltenstherapie</u></p> <p>Ein mit VT erfolgreich behandelter Patient gleicht nicht einem mit GT erfolgreich behandelten Patienten.</p> <p>Ein mit VT behandelter Patient erlebt seinen Erfolg als abhängig von einer Reduktion der phobischen Symptomatik.</p> <p>Es besteht ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Ausgangsmaß der Phobie und Therapieveränderungsdaten. Patienten, die am Anfang starke Ängste hatten, profitierten mehr von der Therapie.</p> <p>Unspezifische Therapieeffekte sind z.B. Zunahme der Übereinstimmung Selbst- und Idealbild.</p> <p>VT behandelte Patienten sehen kaum Zusammenhänge zwischen ihren Beeinträchtigungen und der Unzufriedenheit mit ihren Lebensumständen.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie</u></p> <p>GT behandelte Patienten sehen viele Zusammenhänge zwischen Ausgangsunzufriedenheit und ihren Beeinträchtigungen</p> <p>GT fördert höheres Maß an Selbstkongruenz.</p> <p>Veränderungen in der phobischen Symptomatik treten als unspezifische Therapieeffekte auf; d.h. es besteht kein systemischer Zusammenhang</p>
--	--	--

		<p>zwischen dem Ausgangsniveau der phobischen Symptomatik und dem Maß der Veränderung.</p> <p>Spezifische Veränderungen für GT Patienten beschrieben – wenn Patienten lernen, ihre Beeinträchtigung mit ihrer Unzufriedenheit über Lebensbedingungen zu verknüpfen und diese Abhängigkeit zu explorieren, werden sie sich in spezifischen Bereichen psychisch verbessern und von der Therapie profitieren unabhängig davon, wie stark das Symptom sie beeinträchtigt. (keine weiteren konkreten Angaben über die Spezifität)</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	s.o.
22	Fazit der Autoren	<p>Ökosysteme des Individuums werden in Abhängigkeit von der Therapie unterschiedlich beeinflusst.</p> <p>Therapie ist in jedem Fall ein Eingriff in das Leben eines Menschen, bei dem mehr berücksichtigt werden muss, als nur die Frage, ob bestimmtes störendes Verhalten erfolgreich vermindert wird.</p> <p>Differentielle Aussagen über die Wirkungsweise von Psychotherapie und damit auch Aussagen über die Eignung bestimmter Arten von Psychotherapie sind nur möglich, wenn neue methodische Ansätze gefunden werden.</p> <p>Wichtig ist die Berücksichtigung von Veränderungsvarianzen und Versuch ihrer Aufschlüsselung, da so erst differentielle Aussagen möglich sind.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Aussage, VT und GT-Einzeltherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sei als wirksam erwiesen, ist vorsichtig zu interpretieren wegen deutlicher methodischer Schwächen:</p> <p>Randomisierung nicht adäquat; Sehr kleine Stichprobe; Diagnosestellung nicht operationalisiert; viele Veränderungsmesswerte (zusätzlich zu Grawe (RefID 1902) viele Korrelationsberechnungen; bei 53 Patienten); Auswahl der Patienten/ Studienteilnehmer durch die beiden Untersucher nicht nach standardisierten Kriterien (betrifft aber alle Forschungsgruppen); keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Stichprobe;</p>

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen,
Zwangsstörungen

		Keine klinische Relevanz des in dieser Publikation untersuchten Zusammenhangs zwischen Erkrankung, Behandlung und Lebensbedingungen.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe GT möglich.

1	Quelle:	Carolyn S. Shaffer, Joan Shapiro, Lawrence I. Sank and Donna J. Coghlan: Positive Changes in Depression, Anxiety and Assertion Following Individual and Group Cognitive Behavior Therapy Intervention. Cognitive Therapy and Research, Vol.5,2,1981, 149-157
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Relative Wirksamkeit von Gruppen und individueller kognitiver Therapie mit interpersoneller Gruppentherapie als Vergleichsgruppe, daher Psychotherapiestudie mit teilrandomisierten Vergleichsgruppen
3	Studientyp nach Durchsicht	
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung 1b	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Die Autoren sind Verhaltenstherapeuten der George Washington University. Sie wollen die gruppentherapeutische Erfolgswirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie demonstrieren. Die interpersonelle Gruppentherapie dient als Vergleichsbehandlung. Die Unabhängigkeit der Vorgehensweise ist nicht gegeben.
6	Indikationen / Diagnosen	Typische Diagnosen Anpassungsstörung mit depressiver oder ängstlicher Verstimmung. Einige davon mit milden Störungen, die gleichwohl nach Angaben der Hausärzte Behandlung bedürfen. Diagnostisch heterogene Population in Bezug auf Störung und Schweregrad
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Vergleichende Wirksamkeitsforschung individueller und Gruppentherapie mit der interpersonellen Gruppentherapie als Vergleichsgruppe

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Psychotropische Medikation, nicht primär ängstlich depressive Symptomatik, Unwilligkeit, an der Studie teilzunehmen, suizidale oder psychotische Hinweise. Zuordnung nach Zufall zu den 3 Behandlungsarmen kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen, interpersonelle Gruppentherapie und kognitive Verhaltenstherapie einzeln.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Interpersonelle Gruppentherapie. Eine non-direktive Form von Gruppentherapie, die versucht Diskussion von vergangenen und gegenwärtigen Problemen auszulösen, Gruppeninteraktionen zu ermutigen und die Gefühle in einer empathischen Art. zu reflektieren und zu klarifizieren. Alle Behandlungen von den 2 Autoren (klinische Psychologen mit langer Erfahrung in Einzel- und Gruppentherapien) durchgeführt. Diese beiden Autoren führten die Gruppen gemeinsam und führten auch die individuellen Behandlungen durch.
10	Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie individuell. Relaxation, kognitive Restrukturierung und Selbstsicherheitstraining. Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen bringt den Patienten die gleichen Verfahren als Selbsthilfemodule bei. Kognitive Restrukturierung. Alle Patienten Selbstsicherheitstraining 78% Relaxation 14%. Keine Angaben über die Zuordnung von Behandlungsverfahren
11	Studiendesign	3 Behandlungsarten
12	Zahl der Zentren	1 Universitätsambulanz Health maintenance organization der George Washington University, Medical Center (HNO)
13	Randomisierung	Wurde versucht, aber es ist nicht beschrieben.

14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben dazu
15	Beobachtungsdauer	10 Wochenstunden mit 1,5 in der Gruppe und 1 Stunde für Individuen. Insgesamt 9-17 Wochen, Mittelwert 10. 6 und 12 Monate vor und unmittelbar nach Behandlungsende
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	Deckungsgleich. Beck Depression Inventory, State Trait Anxiety Inventory, Adult Self-Expression Scales, Hamilton Rating Scale for Depression 1,2 und 3, CBT, FTAI und AFE for dem Erstinterview und unmittelbar vor und nach der Behandlung, d.h. nach 10 Sitzungen. Der Mittelwert 24 Tage nach Ende der Behandlung Variation 0-54 Tage. Hamilton Skala Substichprobe von 23 Versuchspersonen vor der Behandlung und nach der Behandlung. Fremdbeurteilung durch erfahrene Kliniker, die in Bezug auf die Behandlungsgruppen uninformiert waren.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	44, keine Powerkalkulation. Überwiesen durch Hausärzte. Teilnehmer der Health Maintenance Organization
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Ausfälle 7 von 44, Verweigerung der Teilnahme und 3 vorzeitige Abbrecher, 9 erfüllten die Erfolgsmaße unvollständig in Bezug auf die Dropouts wurde angegeben, dass sie gleich auf alle 3 Behandlungsverfahren aufgeschlüsselt wurden. (Keine IGT Analyse)

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Es liegen keine Angaben vor, es gibt aber keine Hinweise auf systematische Unterschiede, zumindest nicht in Bezug auf die Testwerte bei Beginn der Behandlung. Höhere Studienabschlüsse und Ausbildung sind übervertreten, desgleichen ist der soziale Klassenstatus in Richtung auf höhere Schichten verschieden. In Bezug auf die Behandlungsgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.</p> <p>Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen in Bezug auf die Messgrößen ist gegeben. Messwiederholungen für 35 Patienten mit Ko-Variaten, Geschlecht, Ehestand.</p>
20	Ergebnisse	<p>Alle Behandlungen führen zu einer signifikanten Reduktion der Depressionswerte des Zustands und der Eigenschaft und einem signifikanten Anstieg des Selbstwernerlebens bzw. Verhaltens am Ende der Behandlung. Kein Haupteffekt für Behandlungsgruppen und keine Interaktionen zwischen Messzeitpunkt und Behandlungsverfahren. Ko - Varianzanalyse ist auch nicht signifikant. Bei externen Ratings ebenfalls signifikante Reduktion in Depression für alle Behandlungsformen. In Bezug auf die State Anxiety Trade Anxiety gab es keine signifikanten weiteren Abnahmen der Symptomatik in der Follow-up-periode wohl aber für Depressionen.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine gefunden
22	Fazit der Autoren	<p>Gruppentherapie ist genauso wirksam wie Einzeltherapie, zumindest für die kognitive Verhaltenstherapie. Sie empfehlen die Implantierung in das Gesundheitswesen.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen,
Zwangsstörungen
-

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.
----	---	---

1	Quelle	Shear, MK. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. AM J Psychiatry 2001, 158 (12), 1993-8.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Angaben
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Die Hauptautorin ist eine Ausbilderin in der untersuchten Therapieform
6	Indikationen / Diagnosen	Angststörungen gemessen über Anxiety Disorder Interview mit einer milden Agoraphobie < 18 in Zusammenhang mit Vermeidungsverhalten, eine voll ausgebaute oder begrenzte Panikattacke pro Woche in den 2 Wochen vor der 1. Behandlung.
7	7a Fragestellung	Vergleichende Wirksamkeit zwischen Medikation, Placebo, kognitiver Verhaltenstherapie und emotionsfokussierter Behandlung.
	7b Zielsetzung	Über den Anxiety Sensitivity Index, Clinical Global Impression (CGI) und CGI Improvement Scale.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine Angaben, Rekrutierung der Versuchspersonen über einen Zeitraum von 4 Jahren, um die Zufallszuordnungen mit einem ausreichenden N ausfüllen zu können
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Emotion focused psychotherapy nach dem Manual von Shear enthält reflective listening, unterstützende Zugangsweise. Der Therapeut hilft dem Patienten, schwierige Emotionen zu identifizieren und in der Handhabung der Panikattacken. Zusätzlich gibt es ein Handout über die Physiologie der Emotionen für die Patienten, in denen im Wesentlichen steht, dass Emotionen Panikattacken auslösen können. Keine Hausaufgaben. Eine Standardisierung der Stunden erfolgte nicht.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Eine psychopharmakologische Behandlung einem Manual folgend, mit einer Dosierungsanweisung, die mit 10 mg pro Tag beginnt, mit einer Zieldosis von 200 mg pro Tag. Spezifische Interventionen mit kognitiv behavioralen und psychodynamischen Elementen waren nicht erlaubt.

		<p>Zweite Behandlung : Verhaltenstherapie kognitiver Ausprägung.</p> <p>Die Therapeuten für die emotionsfokussierte Psychotherapie waren Doktoranden mit 3 Jahren Erfahrung, die vom Erstautor trainiert wurden. Supervisionen in allen Behandlungsbedingungen.</p> <p>Dritte Behandlung: Eine Placebomedikation für 6 Patienten in der untersuchenden Klinik, die anderen wurden aus den anderen Zentren gewonnen. (insgesamt 23)</p>
11	Studiendesign	Behandlungsarme 4 parallel
12	Zahl der Zentren	4
13	Randomisierung	Detailliert beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Bis zu einem gewissen Grade
15	Beobachtungsdauer	Bis 6 Monate nach Behandlungsende
16	16a Zielkriterien	Veränderung der Angst- und Symptomwerte.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Anxiety Sensitivity Index und Panic Disorder Severity Scale
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Insgesamt 112, keine Power-Calculation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	keine Angaben über die Grundgesamtheit aus der die Versuchspersonen ausgelesen wurden. Eine Ausfalldokumentation liegt nicht vor.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Ist gegeben
20	Ergebnisse	Die Emotion focused psychotherapy unterscheidet sich nicht von den Placebobehandlungen, wohl aber negativ von der Medikation mit Imipramin als auch den kognitiven Verhaltenstherapien. Dies gilt auch für die volle Messung über 6 Monate.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben
22	Fazit der Autoren	In summary, emotion-focused psychotherapy proved significantly less effective than

12. Anhang
 Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen
-

		medication or cognitive behavior therapy – and performed similarly to pill placebo – in treating symptoms of panic disorder.
23	Abschließende Bewertung	Sehr sorgfältige Studie, die die wesentlichen methodischen Probleme gelöst hat. Kritik: Keine Power Kalkulation
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung. Emotion focused psychotherapy ist bei der Behandlung von Panikstörungen kaum wirksam bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen.

1	Quelle:	Shear Katherine, Paul A.Pilkonis, Marylene Cloitre, Andrew C.Leon. Cognitive Behavioral Treatment Compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry/Vol.51, 1994, 395-401
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Vergleich kognitive Verhaltenstherapie mit einer fokussierten nicht verordneten Behandlung (nonprescriptive)
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh. Theorie der Interozeptionsfehler als Erklärungsmodell für die Entstehung und Behandlung von Panikstörungen soll untersucht werden, indem ein Verfahren, das auf dieser Ebene nicht eingreift, verglichen wird mit spezifischen kognitiven Verhaltenstherapieverfahren. Interessenskonflikte nicht zu erkennen.
6	Indikationen / Diagnosen	DMS III R Kriterien für Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie. Die beiden Behandlungsarme unterscheiden sich in Bezug auf die Heterogenität bzw. Homogenität der Angstsymptomatik nicht.
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	Eine vergleichende Wirksamkeits- und Outcome-Studie. Die Prozess - Outcome-Studie ist in Bezug auf den hypothetischen Prozess, der die kognitive Verhaltenstherapie steuern soll, angelegt. Die spezifischen hypothetischen Wirkfaktoren der Verhaltenstherapie nämlich Unterbrechen der Interozeptionsfehler sind in der non-direktiven Therapie ausgeschlossen. Wenn sie trotzdem funktionieren, sind die ätiologischen Hypothesen und damit auch die damit verbundenen Änderungshypothesen revisionsbedürftig.

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	DSM III R Kriterien: Zustimmung zum Versuchsablauf; Verzicht auf Medikamente, 2 Wochen vor Behandlungsbeginn und Erklärung, keine anderen Therapien durchzuführen
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Dem Patienten wird in einer 3-stündigen Eröffnungsphase die Panikstörung erklärt als Folge von Lebensstress und anderen Modellen. Daran anschließend wird ein Fokus auf Lebensprobleme und Stress in den verbleibenden Behandlungsstunden bearbeitet. Der Therapeut muss reflektiv zuhören, um dem Patienten zu helfen, die versteckten Gefühle wahrzunehmen und mit ihnen umzugehen. Direkte Ratschläge und verordnende Interventionen sind ausgeschlossen. Die inhaltlichen Probleme sind naturgemäß in den einzelnen Behandlungen unterschiedlich. Ausnahme ist, wenn die Patienten direkte Fragen über Panik- oder Angstsymptome stellen, kann der Therapeut die Frage beantworten und die Informationen aus den ersten 3 Behandlungsstunden wiederholen. Das schließt eine Versicherung ein, dass Panikattacken nicht gefährlich sind. Manualtreue wird indirekt kontrolliert, indem ausgeschlossen wird, dass kognitive Verhaltenstherapieelemente auftauchen. Die Therapeuten haben 2 Jahre Erfahrung in NPT Techniken. Die Behandlungen wurden durch die Autoren supervidiert.
10	Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie. Schließt ein eine 3stündige Erklärung der Angstentstehung einschließlich einer Erklärung, wie man Panikattacken blockieren kann. Atemtechniken, progressive Muskelentspannung, Identifikation und Behandlung kognitiver Fehler speziell der katastrophierenden Fehlinterpretation der interozeptiven Signale. Exposition der interozeptiven Signale, kognitive physiologische Copingstrategien und Habituationen von körperlichen Reizen sind zu erwerben. Expositionsbehandlung auf agoraphobische Situationen, bei Vermeidungsverhalten Hausaufgaben von 30-60 min am Tag mit Atemtechnik, Monitoring und Expositionstechniken
11	Studiendesign	Die Versuchspersonen wurden zufällig den beiden Behandlungsarmen zugewiesen
12	Zahl der Zentren	1 Zentrum

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen

13	Randomisierung	In Bezug auf die Maße der Symptome kann man die beiden Gruppen als gleich ansehen.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung
15	Beobachtungsdauer	2 Wochen vor dem Behandlungsbeginn Messung, 2 Wochen nach Ende der Behandlung, die insgesamt 15 Behandlungsstunden einschloss. Katamnese 6 Monate nach Behandlungsende
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	Angstmaße, Selbstauskünfte und halbstandardisierte Befragungen Agoraphobische Kognitionsfragebogen, Körpersensationenfragebogen, State Trait-Anxiety-Inventory, Anxiety Sensitivity- Questionnaire, Beck Depression Inventory, Hopkins Symptom Checklist, SCL 90 und einige weitere Selbstauskunfts- und Interviewverfahren. ADIS durch unabhängige Beurteiler persönlich oder am Telefon in der Katamnese
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	65 Personen , Powerkalkulation keine
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	61 von 65 Panikstörungen mit Agoraphobie , 4 ohne . 45 von 65 schließen die Behandlung ab, 43 die Katamnese, 21 Abbrecher, 13 in der Verhaltenstherapie und 8 in der MPT. Keine Katamnesewerte bei den Abbrechern. Signifikanter Unterschied in der Trait Anxiety und State Anxiety Inventory sowie signifikante Unterschiede in der Depressivität nach Beck. Es gibt Hinweise, dass die Drop-outs vorwiegend aus der Minoritätengruppe der Hispano-Amerikaner stammen und einen höheren Eingangswert an Depressivität und Trait Anxiety aufzuweisen haben.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Auf Grund der statistischen Analyse sind die Behandlungsgruppen in Bezug auf die Schwere der Symptomatik und andere Ko-Variate wie Alter und Geschlecht vergleichbar.

20	Ergebnisse	Entgegen der Hypothese hat die NPT Gruppe die gleichen Erfolgsergebnisse auch in die 6 Monate Katamnese hinein. Beide Gruppen sind sehr erfolgreich. 66% respektive 78% in der NPT Gruppe ohne Panikattacken für 2 Wochen nach Ende der Behandlung. Nach 6 Monaten 74% in der CBT Gruppe und 78% in der NPT. Signifikante Unterschiede zwischen Vorbehandlungsbeginn und der Katamnese in allen Maßen. Zwei Versuchspersonen haben beim Urintest Benzodiazepine und trizyklische Antidepressiva aufgewiesen
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine gefunden
22	Fazit der Autoren	Die ätiologische Hypothese ist falsch. Die nachweisliche Wirksamkeit beider Verfahren wird entweder auf unspezifische Behandlungseffekte zurückgeführt oder auf die Einführung des 3stündigen Fokusses zu Beginn, der die beiden Behandlungen zumindest in dieser Hinsicht homogenisierte.
23	Abschließende Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle:	Stanley, A.M., Beck, J.G., Glassco, J.D: Treatment of Generalized Anxiety in Older Adults: A Preliminary Comparison of Cognitive-Behavioral and Supportive Approaches. Behavior Therapy 27, 565-581, 1996
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Vergleichende Psychotherapiestudie ohne Placebo- und ohne Kontrollgruppe
3	Studientyp nach Durchsicht	Prospektive vergleichende Studie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Die Autoren versuchen eine systematische Untersuchung von bekannten und bewährten Behandlungsverfahren für Angsterkrankungen auf alte Personen zu übertragen. Interessenskonflikte inhaltlicher Art konnten nicht entdeckt werden.
6	Indikationen / Diagnosen	DSM III R Symptome für GAD (Generalized Anxiety Disorders). Die Gruppe ist in Bezug auf die Achse I Diagnose homogen. Es werden allerdings Sekundär Diagnosen eingeführt durch deren hohe Anzahl gibt es Heterogenität.
7	7a Fragestellung	Die Fragestellung ist einmal die grundsätzliche Wirksamkeit der Behandlungsverfahren auf eine Population von älteren Menschen bei gleichzeitiger Untersuchung der vergleichenden Wirksamkeit der beiden Behandlungsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie und nicht direktive Therapie in Gruppen.
	7b Zielsetzung	Bestand in der Entwicklung und Anwendung von Messverfahren, zur Untersuchung der Veränderung für die oben erwähnten Gruppen.

8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Die durchschnittliche Erkrankungsdauer war 35 Jahre, das Durchschnittsalter 55 Jahre und älter. Der Schweregrad mittel bis schwer. Rekrutieren der Patienten durch kirchliche Gruppen, in den Medien und Gemeindeprogramme. Dann erfolgte eine Telefonauslese, indem sichergestellt wurde, dass die GAD primär war. Anxiety Disorder Interviews Schedule (Kurzform ADIS-R) durch einen fortgeschrittenen graduierten Studenten, der in der Anwendung des Instruments trainiert war, Ausschleichen von allfälligen Medikationen bis 2 Wochen vor Behandlungsbeginn. Ein Ausschlusskriterium war eine andere primäre Diagnose auf der Achse I, gegenwärtige Psychotherapie, schwere körperliche Erkrankung, Parkinson etc., Alkohol und Drogen, Missbrauch in den letzten 6 Monaten, psychotische Symptome oder geistige Behinderung erfasst über die minimal State examination. Die Reliabilität wurde sehr sorgfältig festgestellt über Videoaufnahmen der Interviews.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Nicht direktive Gruppendiskussion der Angstsymptome und Erfahrungen, Annahme einer unterstützenden erleichternden Rolle, die die Patienten ermutigen sollte, ihre Erfahrungen zu teilen und füreinander Unterstützung zu entwickeln. Den Patienten wurde erlaubt, Copingfähigkeiten zu diskutieren, aber es wurden keine spezifischen Skills beigebracht und der Therapeut war sorgfältig angehalten, keine Belohnung differentieller Art für irgendeine Art des Copings zu ermöglichen. 14 wöchentliche 1,5h-Gruppensitzungen mit 4-6 Patienten, durchgeführt von trainierten graduate students. Durchführungsintegrität wurde überprüft. N = 46. - CBT (N = 26 assigned, N = 18 completers): PMR, kognitive Therapie & Exposition. - NPT (N = 20 assigned, N = 13 completers): Fokus auf Diskussion von Angst, 'share experiences and provide support'
10	Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren	Kognitive Verhaltenstherapie mit den 3 Komponenten Muskelentspannung, kognitive Therapie und Exposition in dieser Reihenfolge. Die beschriebenen Verfahren entsprechen den üblichen Techniken einschließlich Hausaufgaben.
11	Studiendesign	2 parallele Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	1

13	Randomisierung	Teilrandomisiert, in Bezug auf die Auswertung waren die Auswerter über die Behandlung uninformiert
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung
15	Beobachtungsdauer	Wiederholung der Ergebnismessungen nach der Behandlung und einer 6 Monate Katamnese. Feststellung nach 6 Monaten, ob andere Behandlungen in der Zwischenzeit versucht wurden.
16	16a Zielkriterien	Zusammengefasste Maße über die Responder versus Nonresponder für Angst, Depression, Ruminieren (Sorge machen)
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Worry Scale Schwere der GAD nach den ADIS-R, State Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Scale, Fear-Questionnaire ADS-R - BDI - HAMD - FQ - HAMA - STAI-I - PSWQ - STAI-T Interview
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	46 Erwachsene , keine Powerkalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Abbrecher definiert als Teilnahme an weniger von 9 der 14 Behandlungsstunden, 33 %, 7 an SP und 8 an CBT, keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Dropouts der beiden Gruppen. Keine Unterschiede in Bezug auf die Dropouts in Bezug auf Anfangssymptomatik außer in Mental State Examination, die bei Abschluß höher war. Allerdings waren beide Gruppen über den Grenzwerten für Demenz.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	In Bezug auf die eingangs erhobenen Werte, was die Störung und die Meßgrößen betrifft, keine Unterschiede. Die Gruppen wurden gleich behandelt.

20	Ergebnisse	<p>Signifikante Effekte im Schwereindex in Bezug auf die beiden Behandlungsgruppen von Anfang zu Therapieende ohne weitere Änderungen. Keine signifikante Gruppen x Zeit Interaktion. Bei Angst gleiches Ergebnis, keine Gruppen x Zeit Interaktion.</p> <p>Änderungen mit Gewinn in der Follow-up Phase, keine Gruppen x Zeit Interaktionen. Das gleiche gilt für die damit verbundenen Ängste, die sich allerdings nicht signifikant verändert hatten. In Bezug auf die vorhandenen Sekundär Diagnosen, die auch auf der Achse I vorhanden waren, aber nicht als schwerwiegend betrachtet wurden, hatten 48% zu Beginn eine solche, nach Beendigung der Therapie hatten nur noch 17% CBT bzw. 8% eine zweite erkennbare Diagnose. Interessant ist, dass in der SP Bedingung zu Beginn sehr viel mehr Personen 62% versus 39% eine zusätzliche Diagnose aufzuweisen hatten. In der Katamnese hatten keine Patienten eine Zusatzdiagnose mehr. Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsgruppen. 28 respektive 54 wurden in der SP Bedingung als Treatment Responder kategorisiert. Im Follow - up 50 versus 77. Es gab keine weiteren Behandlungen in der Katamnese</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine bekannt
22	Fazit der Autoren	<p>Die Gruppentherapien beider Behandlungsarten sind wirksam. Die Anzahl der Verweigerer bzw. Ausfallpersonen ist hoch. Die Ergebnisse widersprechen der anfangs postulierten Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Autoren führen das einmal auf die Gruppenbehandlung zurück und auf unbekannte Faktoren, die mit dem Alter zusammenhängen. Das Fehlen von Kontrollgruppen, Warteliste und Placebo wird einschränkend bemerkt.</p>

23	Abschließende Bewertung	<p>Sehr sorgfältige Studie in Bezug auf die Methodik und Erfassung der beiden Behandlungsarten; nicht direktive Gruppentherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie zumindest gleichwertig. Geringe Stichprobengröße in Bezug zu Studiendesign. Es gibt Tendenzen, die allerdings nicht die Signifikanz erreichen, dass in Bezug auf die mitbehandelten Achse I Diagnosen die SP überlegen ist.</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung:	<p>Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.</p>

1	Quelle:	Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC. The effects of common and specific factors in short-term anxiety-provoking psychotherapy: a pilot process outcome study, J.Nerv. Ment. Dis., 1998 , 186, 11, 691 – 6
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Process Outcome Study
3	Studientyp nach Durchsicht	Prospektive vergleichende Studie mit 2 randomisierten Behandlungsarmen. Keine Wartekontroll- und Placebobedingung.
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Eine Prozess-Outcome-Studie, die bestimmte Hypothesen aus dem Umfeld der Wirksamkeit von psychodynamischen Therapien untersuchen will.
6	Indikationen / Diagnosen	DSM III Achse I Diagnosen, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Depression, Anpassungsstörung, psychosexuelle Störung, 2 Patienten ohne Achse I Diagnose, typische Eingangsproblematik, Beziehungsprobleme mit dem anderen Geschlecht. Heterogene Krankheitsgruppen
7	7a Fragestellung	Es soll untersucht werden, ob spezifische psychodynamische behandlungstechnische Faktoren notwendig sind oder ob allgemeine Behandlungsfaktoren für die Erreichung der Veränderung ausreichend sind.
	7b Zielsetzung	Die Einführung der gesprächstherapieähnlichen Verfahren diene dem Ausschluss der psychodynamischen Technikfaktoren
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Standardausleseverfahren für Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy. (STAPP) Keine detaillierten Angaben über die Vorgehensweise (Probebehandlung 1 Stunde)
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Nondirektive Psychotherapie speziell für diese Studie entwickelt. Niedrige verbale Aktivität des Therapeuten, Nicht-Direktivität, kein Fokussieren auf die Therapeut-Patienten-Beziehung, kein Gebrauch von Konfrontation über Interpretation. Keine Präferenzen in Bezug auf die Konflikte, die zu bearbeiten sind oder in Bezug auf die Tiefe der Interpretation. Unterstützende Statements und einfache Reflexionen waren akzeptierende empathische Haltung

10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Fokussierendes psychoanalytisches Verfahren, das ödipale Situations- und Trauerprobleme bearbeiten soll. 2 Blöcke als provozierende Techniken und Standard (STAPP) Techniken. Konfrontation, Übertragungsdeutungen etc. Therapeuten klinische Erfahrung 6,5 Jahre NDP, und STAPP 1,6 Jahre.
11	Studiendesign	2 parallele Behandlungsarme, kein Cross-over
12	Zahl der Zentren	2 (Norwegen und Kalifornien, UCLA)
13	Randomisierung	Nach den Evaluationsverfahren Randomisierung, keine Angaben darüber wie
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung der Randomisierung
15	Beobachtungsdauer	Prae 6,12 und 24 Monate Follow Up
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungen in der Symptomatik Symptombelastung - Therapeutenkompetenz - Diverse Therapeuten- und Patientenvariablen mit möglichem prädiktivem Wert. <ul style="list-style-type: none"> - SCL 90 mit der Auswertung des Schweregrades SCL-90-R - STCRF - NTCRF - FAI
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	79
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	26 von 79 überstanden die Standard STAPP Ausleseprozeduren, 5 wurden in Ausbildungstherapien behandelt, 1 Drop out, 20 Patienten bleiben übrig
19	Vergleichbarkeit Behandlungsgruppen	Festgestellt in Bezug auf Persönlichkeitsvariablen und dysfunktionale Einstellung, soziale Anpassung, Alter, Angst und Bindung, Unterschiede in Bezug auf den Zivilstatus mit weniger verheirateten in der NDP Behandlung.

20	Ergebnisse	Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Schnelligkeit der Besserung während der Behandlung und nach der Behandlung in Bezug auf die beiden Behandlungstypen, die durchschnittlichen Veränderungsdaten sind für die beiden Behandlungsformen identisch. Die therapeutische Allianz ist als Prädiktor für den Erfolg sehr gut geeignet, schließt man sie ein, steigt die Prädiktionsrate um das 6-fache. Es gibt keine Interaktion zwischen Behandlungsart und therapeutischer Allianz.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben. Die Anzahl der vorausgelesenen Patienten lassen die Angstbehandlung nach Sifneos. (STAPP) für nur eine geringe Anzahl von Patienten geeignet erscheinen. Welche, wird nicht angegeben.
22	Fazit der Autoren	Die Bedeutsamkeit der gemeinsamen Faktoren des Behandlungsgeschehens. Die therapeutische Effektivität einiger psychodynamischer Techniken von STAPP wird in Frage gestellt
23	Abschließende Bewertung	Die ND hat die gleiche Erfolgsrate wie die STAPP (Short Term Anxiety Provoking Therapy). Die Patientenauslese war in Bezug auf die Symptomatik unterschiedlich. Für ND unausgelesen, für STAPP Vorauslese in Bezug auf Eignung für die Behandlung dieses Störungsbildes. Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle:	Svartberg, M. Seltzer,, M.H. Choi, K. and T.C. Stiles: Cognitive Change Before, During and After Short-Term Dynamic And Nondirective Psychotherapies. A Preliminary Growth Modeling Study. Psychotherapy Research 11 (2) 201-219, 2001 Siehe auch Svartberg et al 1998, Studie 16 gleiches Experiment
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Prozess Outcome
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe ohne Placebo- und Wartekontrollgruppen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Differentielle Prozeßforschung vor allem in bezug auf die Dosis- Wirkungsverläufe in verschiedenen Behandlungsverfahren- Keine Interessenskonflikte ersichtlich.
6	- Indikationen / Diagnosen	Diverse Störungsbilder, darunter Angst, Depression etc.. Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Relativ heterogen.
7	7a Fragestellung 7b Zielsetzung	3 Fragestellungen, bedeutsame Veränderung und Oberflächenkognition während beider Behandlungen, zweitens unterschiedlicher Zeitverlauf, Nondirektive von Beginn an Änderung, STAPP erst in der Schlussphase, drittens kein Rückfall in der STAPP wohl aber in der Nondirektiven Behandlung. Verlauf, Zeitpunkt und Prädiktoren von Veränderung in STAPP und NDP.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Ergänzung. Eine Probetherapiesitzung, die Ichstärke Motivation für die Therapie und für die Veränderung sowie die Responsivität für psychodynamische Interpretationen abschätzen sollte. Reduzierte 79 Patienten auf 26.

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Ergänzung: alle Behandlungen 20 Stunden bis auf eine, die 18 Stunden betrug. - NPT (N = 10 assigned): spezifisch für diese Studie entwickelt, niedrige verbale Aktivität, keine der STAPP Techniken, aber Wärme und Empathie.
10	- Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren	STAPP (N = 11 assigned): Lösung ödipaler, Ablösungs- und trauerbezogener Probleme; Direktivität/verbale Aktivität, Angst provozierende Fokusbildung
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Ja
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung der Randomisierung
15	Beobachtungsdauer	Prä, Verlauf (für jede Sitzung), Post; diverse Katamnestische Zeiträume, bis hin zu 24 Monaten nach Behandlungsende
16	16a Zielkriterien 16b Zielkriterien-Erfassung	Interview ATQ Outcome als ATQ
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	79
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	25 Siehe Punkt 8 und 9
19	- Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Darstellung der Behandlungsgruppen, es gibt Pre-treatment-Unterschiede. - Prä-Unterschiede: Patienten in NDP hatten weniger Ehen/Beziehungen zu T1 als in STAPP, dafür hatten sie eine kürzere Krankheitsgeschichte.

20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Beide Gruppen verbessern sich gleich gut. - Es gibt Unterschiede in Bezug auf den Zeitpunkt der Veränderung, für STAPP scheint dieser eher später stattzufinden, für NDP eher früher. - Das Level der automatischen Gedanken blieb auch katamnestisch konstant (hoch). - Patienten verändern sich bereits vor der Therapie, insbesondere Angstpatienten. - Depressive Patienten zeigten kaum Veränderung vor der Therapie, dafür eher in der zweiten Hälfte der Therapie. <p>In beiden Therapieverfahren ergeben sich bedeutsame Änderungen in der zweiten Therapiehälfte. Die 2.Hypothese wurde ebenfalls bestätigt, die dritte nicht.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine bekannt
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Siehe 20. <p>Ergebnisse müssen Einfluss auf weitere differentielle Forschungen haben.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Keine Veränderungen gegenüber der Studie Nr.16 (Ref ID 52)</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung:	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. PPM, 41, 68-76
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Katamnese-Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	- stationäre Psychotherapie - keine Hinweise auf Interessenskonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	- Agoraphobie und Panik nach DSM-III - Panik nach DSM-III -
7	7a Fragestellung	- Wirksamkeit
	7b Zielsetzung	Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Ausschluss nur für Klinik genannt: Schwere somat. Erkrankungen, Abhängigkeit, Minderbegabung, Dissozialität
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- Gesprächspsychotherapie - stationäre Psychotherapie: 1 x Woche Einzel-, 4 x Gruppengespräche, Begleittherapien (konzentrierte Bewegungstherapie, Gestalttherapie u. autogenes Training) - keine systematische Expositionsbehandlung - Ärzte und Psychologen in multimodaler Weiterbildung (GT, TP & VT) - keine Zusatzmedikation
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- Entfällt.
11	Studiendesign	- 1 Arm.
12	Zahl der Zentren	- Entfällt.
13	Randomisierung	- Keine Randomisierung wg. Studiendesigns.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Entfällt.

15	Beobachtungsdauer	- 1-Jahres-Katamnese
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Leitsymptome - Persönlichkeit - Familiäre/berufliche Situation - Nachbehandlung/'Selbstbehandlung' - Kausalattributionen bzgl. Angstgenese und Bewältigung
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Angstkatamnesefragebogen (AKF, Teusch & Böhme 1988, unveröffentlichtes Inventar); Interviewverfahren - Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI/FPI-R - Fear Survey Schedule (FSS) - Clinical Global Impressions (CGI)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Testplanung
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppe N = 31, davon Katamnese 93-100% (27-29) - Keine Drop-Out-Analyse (aber: sehr geringes Drop-Out) - Mittleres Alter: ca. 33 Jahre - Angaben zu soziodemographischen Daten sind aufgeführt
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Entfällt.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - AKF Angstsymptome -> 3 Gruppen: - Für Panikanfälle: 17,2% keine wesentliche Änderung, erheblich gebessert 24,1%, keine oder nur noch geringfügige Beschwerden (Symptomfreiheit) 58,6% - Für agoraphobe Symptome: 24,1% keine wesentliche Änderung, erheblich gebessert 24,1%, keine oder nur noch geringfügige Beschwerden (Symptomfreiheit) 51,7% - Weitere Ergebnisse werden dargestellt, auf die hier der Kürze halber verzichtet wird (S. 71-72) - GCI: ca. 2/3 verbessern sich stark/sehr stark, 1/3 wenig oder gar nicht - FPI: Verbesserung in vielen Skalen - FSS: Verbesserungen - 2/3 der Patienten haben eine ambulante Behandlung aufgenommen - Reduktion in der Benutzung von Suchtmitteln - Krankheits- bzw. Behandlungstheorie hat viel

		von Expositionsmodellen (S. 75)
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- keine genaue Beschreibung, episodisch
22	Fazit der Autoren	- es gibt viele Verbesserungen in der 1-Jahres-Katamnese nach stationärer Psychotherapie, auch auf der Symptomebene bei nicht-symptomorientierten Verfahren - weitere Untersuchungen sollen folgen
23	Abschließende Bewertung	- Kritik: multiple t-Tests ohne Kontrolle der Fehlerkumulation - Keine Angabe von Effektgrößen - Problem der stationären Behandlung: hier wirkt immer ein ‚Gesamtpaket‘ - Erfassung der Veränderung mit einem bis dahin nicht weiter publizierten bzw. erprobten Inventar
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.

1	Quelle	Teusch, L. & Böhme, H. (1999), Is the exposure really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered "nonprescriptive" treatment in exposure. <i>Psychotherapy Research</i> , 9 (1), 115-123
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- prospektive randomisierte klinische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	- 2-armig randomisierte Vergleichsstudie + Heranziehen von Daten einer anderen Studie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	- keine Hinweise auf Interessenkonflikte - Universität Essen
6	Indikationen / Diagnosen	- Agoraphobie mit/ohne Panikstörung nach DSM-III - In Bezug auf die Berichteten Daten relativ homogene Population, mehr Frauen als Männer
7	7a Fragestellung	- Grundsätzliche Wirksamkeit - vergleichende Wirksamkeit
	7b Zielsetzung	- Wirksamkeit von Klientenzentrierter Therapie (CCT) in der Bereitschaft, sich phobierelevanten Situationen auszusetzen und eine Reduktion der Beeinträchtigung durch die Störung - Vergleichende Wirksamkeit in diesen Zielen zwischen CCT, Exposition (EXP) und CCT+EXP
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- wenig Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien - Alter (M): 32.1-33.6 Jahre, kein Unterschied zwischen den 3 Gruppen - Krankheitsdauer (M): 6.1-7.1 Jahre, kein Gruppenunterschied
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- CCT nach Manual von Teusch & Finke (1995/96) - In stationärer Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting (keine genauen Angaben) - Keine weiteren Angaben
10	Vergleichend angewandte	- CCT+EXP in stationärer Therapie (keine genauen Angaben), EXP ambulant in

	Therapieverfahren	Gruppe, teilweise nach Manual von Mathews et al. 1988) - EXP nach Manual von Mathews, Gelder & Johnson (1988) aus anderer Studie (Hand et al. 1986), ambulante Psychotherapie
11	Studiendesign	- 3 Behandlungsarme (CCT, CCT+EXP, EXP)
12	Zahl der Zentren	- Unklar.
13	Randomisierung	- Nicht beschrieben. [Wahrscheinlich bessere Beschreibung in Teusch, Böhme & Gastpar 1997]
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Nicht beschrieben. - Wahrscheinlich kein Concealment, unklar ob Randomisierung in irgendeiner Weise sattgefunden hat. - (Insgesamt in Psychotherapiestudien kaum möglich.)
15	Beobachtungsdauer	Prä (T1), Post (T2), 6-Monats-Katamnese (T3), 1-4-Jahreskatamnese (T4)
16	16a Zielkriterien	- Veränderung der subjektiven Bereitschaft, sich in phobie-relevante Situationen zu begeben. - Veränderung des subjektiven Ausmaßes der Behinderung durch Angstsymptome.
	16b Zielkriterien-Erfassung	- Behavioral Resistance Scale (Hand et al. 1986); visuelle Analogskala. - Interference Scale (Hand et al. 1986); visuelle Analogskala.
17	Anzahl der zu behandelnden	- Keine Power-Analyse, keine Testplanung

	Patienten	angegeben.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - N(CCT) = 20, N(CCT+EXP = 20), N(EXP = 75) - Keine Angaben zu Dropouts, keine ITT-Analyse.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung nach Alter, Geschlecht und Krankheitsdauer - Darstellung der Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für alle 3 Gruppen T1-T4 - Es fällt auf, dass sich die Anfangswerte der Interference-Skala sich deskriptiv teilweise stark unterscheiden. Die Überprüfung mittels einfacher t-Tests sollte in Frage gestellt werden (vgl. Tab 3, S.119). - Es ist nicht von Behandlungsgleichheit auszugehen (die für die dritte Gruppe herangezogenen Daten stammen aus ambulanten Psychotherapien).
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung der Verbesserung über die Zeit in den Gruppen durch univariate Varianzanalysen. - Überprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen zu den einzelnen Zeitpunkten durch t-Tests. - Von den Autoren berichtete Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> o Beide Skalen verbessern sich für alle Bedingungen von T1 zu T2 o Aber: bei T2 war Behav. Resist. Scale besser für EXP+CCT und EXP als für CCT, dies gilt nicht für Interference Scale o Ebenso bei T3 für die Behav. Resist. Scale: EXP+CCT/EXP > CCT o Bei T4 alle Verfahren gleich für Behav. Resist. Scale o Für die Interference Scale bei T2 keine Gruppenunterschiede o Nur in der CCT-Gruppe gibt es nach T2 noch Verbesserungen in der Interference Scale, wobei sich bei T4 die Gruppen nicht unterscheiden
21	Unerwünschte	- Keine Dokumentation.

	Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Angstexposition ist nicht notwendigerweise für eine Besserung in den Zielkriterien notwendig. - Es gibt evtl. andere zeitliche Verläufe für CCT und EXP+CCT/EXP. - Dies hängt vielleicht mit anderen Wirkmechanismen zusammen, nämlich in Bezug auf CCT der anderen Bewertung angstbezogener somatischer Symptome und der generellen Lösung von Spannung durch das Bearbeiten internaler Konflikte. - CCT ist evtl. besonders bedeutsam für die Gruppe von Patienten, die nicht von Exposition profitieren.
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - multiple T-Tests und ANOVAs ohne Testplanung und Alpha-Adjustierung sind als Methode der Wahl stark anzuzweifeln. - Für die verwendeten Verfahren sind die Gruppen CCT und EXP+CCT sehr klein, dafür ist die EXP-Gruppe fast doppelt so groß wie die beiden anderen zusammen. - Die klinische Relevanz ist aufgrund der beschriebenen Mängel, die gerade in der Nicht-Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen liegen (siehe 19), anzuzweifeln. - Wegen der fehlenden stationären Gruppe mit EXP ist eine Aussage zum Vergleich von EXP und CCT nicht möglich. <p>EXP + GT war schneller wirksam als GT alleine.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie lässt keine Aussage über Wirksamkeit der GT zu.</p> <p>Wenn überhaupt, wird eine Überlegenheit (schnellerer Wirkungseintritt) der Exposition erkennbar.</p>

1	Quelle	Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. <i>Nervenarzt</i> , 72 (31), 31-39
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Vergleichende Wirksamkeit
3	Studientyp nach Durchsicht	- prospektive Psychotherapiestudie mit teilweise randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	- Stationäre Psychotherapie - Keine Hinweise auf Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	- Agoraphobie und Panikstörung
7	7a Fragestellung	- Vergleichende Wirksamkeit? - Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	Gibt es Unterschiede in der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie ohne vs. Gesprächspsychotherapie mit Reizkonfrontation im stationären Setting?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Ausschluss: psychotische, hirnanorganische und manifeste Abhängigkeitsproblematik
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- stationäre Psychotherapie - GT: 1 x Einzel und 4 x Gruppentherapie pro Woche, manualisiert (Teusch & Finke 1995) - Ergänzende Therapien - Therapeuten in Ausbildung unter Supervision
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- stationäre Psychotherapie - GT+EXP: 1 x Einzel und 3 x Gruppentherapie pro Woche, manualisiert (Matthews et al. 1988); 1 x Exposition in Gruppe, Einzelexpositionstraining täglich - Ergänzende Therapien - Therapeuten in Ausbildung unter Supervision
11	Studiendesign	- 2 Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	- 1
13	Randomisierung	- Beschrieben, teilweise: 40 Pat. randomisiert,

		28 aus verschiedenen Gründen zugewiesen
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- k.A., in der Regel in PT-Forschung nicht möglich.
15	Beobachtungsdauer	- T1 = Aufnahme, T2 = Ende der Behandlung, T3 = 6-Monats-Katamnese, T4 = 1-Jahres-Katamnese - Keine Drop-Outs
16	16a Zielkriterien	- Störungssymptome - Theoretisch abgeleitete Indices
	16b Zielkriterien-Erfassung	- SKID für DSM-III-R - Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) - Selbst- & Idealbild (Gießen-Test) - Fear-Survey-Test (Hallam & Hafner)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Angaben zu Testplanung.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	- N = 68 Pat. mit Agoraphobie oder Agorabobie und Panikstörung - Komorbide andere Angststörungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen - GT: N = 28 - GT+EXP = 40 - Alter ca. 32 Jahre - Dauer der Behandlung 88 Tage (+/-20) - Angststörungen seit ca. 6 Jahren - GT-Gruppe weniger komorbide Erkrankungen und strukturelle Persönlichkeitsstörungen - Drop-Outs dokumentiert - Weiterbehandlung berichtet - keine ITT-Analyse
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Gruppen tabellarisch beschrieben - GT-Gruppe weniger komorbide Erkrankungen und strukturelle Persönlichkeitsstörungen - Ansonsten keine Hinweise auf systematische Unterschiede von den Autoren

		angegeben
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - in beiden Gruppen ist eine deutliche Besserung der Symptomatik festzustellen - unterschiedlicher Verlauf einzelner Parameter: <ul style="list-style-type: none"> o GT: soz. Orientierung (Abhängigk.-Anklammerung) sinkt kontinuierlich, bei GT+EXP steigt sie zum Ende hin wieder o Beanspruchung sinkt bei GT kontinuierlich, bei GT+EXP zuerst Anstieg, auch Körperbeschwerden nehmen dort langsamer ab o GT+EXP: Gefühl, Akzeptiert zu werden, steigt früher als bei GT
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- keine Angaben
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - beide Verfahren symptombezogen gleich wirksam - diese Wirksamkeit scheint über verschiedene Prozesse/Strategien vermittelt zu sein
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäres Setting: hier ist die Wirkung immer die eines ‚Gesamtpaketes‘ <p>Kritik am Design:</p> <p>Eine Bewertung der Wirksamkeit der GT im Vergleich zur EXP ist aufgrund des Studiendesigs (GT vs GT+EXP) nicht möglich.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung</p> <p>Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.</p>

1	Quelle	Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobic symptoms. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> , 66, 293-301
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- prospektive randomisierte klinische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	- keine Hinweise auf Interessenkonflikte - Universität Essen
6	Indikationen / Diagnosen	- Agoraphobie mit/ohne Panikstörung nach DSM-III - Relativ homogene Population, mehr Frauen als Männer
7	7a Fragestellung	- Grundsätzliche Wirksamkeit - vergleichende Wirksamkeit
	7b Zielsetzung	- Wirksamkeit von Klientenzentrierter Therapie (CCT) - Vergleichende Wirksamkeit zwischen CCT und CCT+Exposition (EXP)
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Ausführlich beschrieben. - Ausschluss: Psychosen und Alkoholabhängigkeit - Einschluss: Panik und/oder Agoraphobie als Hauptdiagnose, Komorbidität erlaubt - Alter (M): 32.1-33.6 Jahre, kein Unterschied zwischen den 3 Gruppen - Krankheitsdauer 6-7 Jahre, kein Gruppenunterschied - Ebenfalls
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- CCT nach Manual von Teusch & Finke (1995/96) - In stationärer Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting: 1 x Einzeltherapie, 3 x Gruppentherapie, 10-14 Wochen Aufenthalt, in den letzten 4 Wochen optional Tagespatientenstatus - Keine Expositionsinstruktionen, keine

		<p>Hausaufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optional Medikation (N=3; TZA) - Anekdotisch wird von weiterführender Therapie bei den meisten Patienten berichtet.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - CCT+EXP in stationärer Therapie, teilweise nach Manual von Mathews et al. 1988) - Tägliches Expositionstraining, 1 x Woche Gruppenexposition - Optional Medikation (N=6; TZA) - Anekdotisch wird von weiterführender Therapie bei den meisten Patienten berichtet.
11	Studiendesign	- 2 Behandlungsarme (CCT, CCT+EXP)
12	Zahl der Zentren	- 1 Zentrum, zwei Abteilungen.
13	Randomisierung	- Angegeben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht beschrieben. - Den Therapeuten, Patienten und Untersuchern ist deutlich, welche Patienten in welcher Behandlungsgruppe sind. - (Insgesamt in Psychotherapiestudien kaum möglich.)
15	Beobachtungsdauer	Prä (T1), Post (T2), 3-Monats-(T3), 6-Monats-Katamnese (T4), 1-Jahreskatamnese (T5)
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Besserung der Leitsymptome. - Subjektive Bereitschaft, sich in phobie-relevante Situationen hinein zu begeben. - Subjektives Ausmaß der Behinderung durch Angstsymptome.

	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - SCID - HAMA - HAMD - Fear-Survey Schedule (FSS) - Behavioral Resistance Scale (Hand et al. 1986); visuelle Analogskala. - Interference Scale (Hand et al. 1986); visuelle Analogskala.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Power-Analyse, keine Testplanung angegeben.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - N(CCT) = 20, N(CCT+EXP = 20) - 13 Dropouts in den ersten 4 Wochen, in beiden Gruppen gleich.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung nach Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer und soziodemographischen Daten - Darstellung der Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für alle 3 Gruppen T1-T5 - Behandlungsgleichheit (abgesehen vom variierten Treatment) unklar.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Beide Gruppen verbessern sich, beide sind bei T5 gleich erfolgreich. - Beide Behandlungen erzielen große bis sehr große Effekte. - CCT+EXP wirkt in speziellen Bereichen schneller als nur CCT (T2, T3). - Ergebnisse teilweise tabellarisch, teilweise graphisch, teilweise im Text berichtet.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Keine, beschrieben.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Angstexposition ist nicht notwendigerweise für eine Besserung in den Zielkriterien notwendig. - Es gibt evtl. andere zeitliche Verläufe für CCT und EXP+CCT, EXP gibt den Patienten evtl. mehr gefühlte Unterstützung in den ersten Wochen. - Kombination der Behandlung bietet sich an.
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Gute Studie, bis auf: <ul style="list-style-type: none"> o fehlende Angabe zu den stationären Rahmenbedingungen (unkontrollierbare Wirkvariablen)

		<ul style="list-style-type: none"> ○ fehlende systematische Erfassung und Berücksichtigung weiterführender Therapien nach Ende der stationären Behandlung - Mit der Kombinationsbehandlung scheinen sich bestimmte Zielsymptome schneller zu bessern als bei alleiniger CCT-Behandlung (siehe auch Ref ID3236). Allerdings muss auch hier des stationären Settings wegen die Generalisierbarkeit dieser Aussage in Frage gestellt werden. - Für eine valide vergleichende Wirksamkeitsüberprüfung von CCT wäre auch die Überprüfung von EXP allein im stationären Setting vonnöten.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie lässt keine Aussage über Wirksamkeit der GT zu.</p> <p>Wenn überhaupt, wird eine Überlegenheit (schnellerer Wirkungseintritt) der Exposition erkennbar.</p>

12.9.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

1	Quelle	Altenhöfer, A., Schulz W. Schwab, R., Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Stunden begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? Psychotherapeut (Springer) Manuskript 2006 („acceptetd“)
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Quasiexperimentelle Felduntersuchung
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Studie durchgeführt am Therapiezentrum für Suizidgefährdete Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (und Arbeitsbereich Gesprächspsychotherapie des Fachbereichs Psychologie Universität Hamburg. Und Institut für Psychologie TU Braunschweig.) Gefördert von der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein
6	Indikationen / Diagnosen	Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)
7	7a Fragestellung	Untersuchung der Wirksamkeit von GT bei Patienten mit Anpassungsstörungen. Vergleich mit einer unbehandelten Wartegruppe
	7b Zielsetzung	s. unter 7a
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Rekrutierung der Pat. bundesweit über Beratungsstellen, Institutsambulanzen und niedergelassene Psychotherapeuten. Nur Pat. mit Anpassungsstörung ausgelöst durch Objektverlust oder Leistungsversagen. Anpassungsstörungen mit anderen Auslösern sowie gravierende Komorbidität z. B. Psychosen, Sucht, akute Suizidalität wurden ausgeschlossen Dauer der Erkrankung: nicht benannt, Alter Durchschnitt 39.3 Jahre
9	Angewandtes	Gesprächspsychotherapie nach dem

	Psychotherapieverfahren	<p>„klientenzentrierten Konzept“ mit spezifischem Manual zur Behandlung von Anpassungsstörungen.</p> <p>Frequenz 1 Stunde/Woche, ambulante Einzeltherapie mit maximal 12 Stunden. 15 Pat., bzw. 9 Pat.(WG) erhielten zusätzlich Medikamente.</p> <p>Therapeutenmerkmale: 21 erfahrene Gesprächspsychotherapeuten .</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	
11	Studiendesign	Zwei Behandlungsgruppen, zunächst die Behandlungsgruppe 1 im Vergleich zur Wartegruppe, anschließend die Behandlung der Wartegruppe, deren Ergebnisse ebenfalls vorgelegt werden.
12	Zahl der Zentren	Nicht eindeutig zuzuordnen. Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren?
13	Randomisierung	keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	entfällt
15	Beobachtungsdauer	Dauer der Psychotherapie durchschnittlich 16.8 Wochen (9-28 Wochen) in der Behandelten Gruppe, Wartezeit 8-25 Wochen (Keine Angaben zur Therapiedauer der Wartegruppe) Katamnese 3 Monate nach Therapieende
16	16a Zielkriterien	<p>- Wirksamkeit: Störungssymptome, vor allem Depression und Angst, subjektives Wohlbefinden,</p> <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien</p> <p>Diagnostik mit SKID.</p> <p>Veränderungsmessung mit BSS und GAF sowie Brief Symptom Inventory (BSI) Veränderungen im mit dem Global Severity Index (GSI) des BSI und in den Subskalen (Depression, Angst, State-Trait-Angst-Inventar, Lebenszufriedenheit, zusätzlich HADS, manchmal auch ADS</p> <p>Zusätzlich: Messung des individuellen Therapieerfolgs (klinischer Eindruck) durch Erreichen individueller Therapieziele und Veränderung in den 10 Problembereichen der Psy-Ba-Do)</p>

17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>50 (von ursprünglich 59, davon Schwund von 6 durch Behandlungsabbruch). Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein</p> <p>Die Behandlungsgruppe wurde zuerst aufgefüllt N= 31, dann die Wartegruppe, die nach einer Wartezeit von ca. 3 Monaten ebenfalls in Behandlung genommen wurden N= 16,(Schwund von 3), d.h. insgesamt 47. Katamnese bei 41 Pat. nach ca. 16 Wochen</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Ja, z.B. Ausscheiden aus dem Projekt, um schneller Therapie zu bekommen,</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.) zum Teil, es fehlen z.B. konkrete Angaben zu den eingenommenen Medikamenten</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Ja, Anzahl (31 versus 19), Medikamenteneinnahme, geographische Verteilung und Verteilung der therapieauslösenden Ursachen. Patienten der Behandlungsgruppe hatten zum ersten Erhebungszeitpunkt niedrigere Angst- und Depressionswerte (S. 6). Hierbei widerspricht sich der Text der Publikation mit der Tabelle 4, in der höhere Angst- und Depressionswerte in der Behandlungsgruppe genannt werden.</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja bis auf die nicht weiter diskutierte Einnahme von Medikamenten bei knapp der Hälfte der Patienten in Behandlungs- und Wartegruppe. Unterschiedliche Dauer der Therapiedauer und der Wartezeit.</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>In allen angewandten Fragebögen kommt es zu einer signifikanten Verbesserung der erhobenen Parameter im Vergleich zur Wartegruppe. Ebenso zeigt sich ein signifikanter Trend bei den Erhebungen zur 3-Monats-Katamnese.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<p>Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen. keine</p>

22	Fazit der Autoren	Eine auf 12 Stunden begrenzte Gesprächspsychotherapie stellt eine effektive Behandlung bei Pat. mit Anpassungsstörungen dar.
23	Abschließende Bewertung	<p><u>Nachteile:</u></p> <p>Bis 48,4 % der untersuchten Patienten erhielten begleitend eine „Medikation“, ohne diese zu spezifizieren. Vermutlich handelt es sich um Psychopharmaka. Es wird nicht berichtet, welche Substanzen oder Substanzgruppen in welcher Dosierung zum Einsatz kamen und ob sich die Substanzgruppen auf beide Gruppen gleich verteilen.</p> <p>Werte der Behandlungsgruppe liegen im HADS und ADS knapp über dem Schwellenwert für den auffälligen Bereich. Der Schweregrad der Symptomatik der Untersuchungsgruppen – gemessen mit den drei Hauptskalen - bewegt sich im mittleren Bereich, um im Verlauf der Therapie deutlich abzufallen.</p> <p>Widersprüchliche Angaben in Text und Tabelle bezogen auf Ausgangswerte der ADS und HADS-Mittelwerte in den beiden Gruppen (siehe S. 6, 3. Absatz)</p> <p>Die von den Autoren festgestellte Homogenität der Gruppen (mit Ausnahme der Variablen Behandlungsvorerfahrung und Wohnort) ist nicht nachvollziehbar. So sind u.a. augenscheinliche Unterschiede zwischen einzelnen Katagorien der Variablen Schulbildung und Familienstand erkennbar. Zum Beispiel war ein Patient in der Wartegruppe (5,3%) und 7 in der Behandlungsgruppe verheiratet (22,6%) . Es bleibt allerdings fraglich, inwieweit derartige Unterschiede relevant sind für das Zustandekommen der Studienergebnisse.</p> <p>Vergleich gegen unbehandelte Wartegruppe.</p> <p><u>Vorteile:</u></p> <p>Naturalistisches Design erlaubt Übertragbarkeit auf Population in der Versorgung.</p> <p>Hinsichtlich der gewählten Methodik ist anzumerken, dass die Diagnose mit einem strukturierten und standardisierten klinischen</p>

		<p>Interview vorgenommen wurde.</p> <p>Wichtig ist die Erwähnung, dass Therapeuten eingesetzt wurden, die über eine im Durchschnitt sehr lange Berufserfahrung verfügten.</p> <p>Positiv ist auch, dass die methodischen Probleme beim Einschluss der Patienten in die Studie und Zuweisung zur Therapie- oder Wartegruppe offen diskutiert wurden.</p> <p>Die Beurteilung der Therapieeffekte erfolgte mit einem umfangreichen Instrumentarium standardisierter Testverfahren bzw. Skalen.</p> <p>Zur Erfassung der Kernsymptomatik des ängstlichen und/oder depressiven Syndroms kamen standardisierte Skalen zum Einsatz, die überwiegend im psychologischen Forschungskontext zum Einsatz kommen, so die HADS-D, der STAI sowie die ADS.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Die Studie untersucht eine wichtige Fragestellung in einem naturalistischen Design.</p> <p>Allerdings besteht wegen methodischer Mängel eine eingeschränkte Aussagekraft der Studie zur Wirksamkeit der GT allein, insbesondere da der Einflussfaktor der Medikation auf die Veränderung der Störung nicht kontrolliert wurde.</p>

1	Quelle	Dirks P., Grimm F, Tausch AM, Wittern JO. Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. Z Klin Psychol 1982; 11 (4): 241-52.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Zuordnung in der Publikation
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe (Fremdkontrollgruppen-Versuchsplan)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Psychologisches Institut III der Universität Hamburg, finanziell unterstützt durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
6	Indikationen / Diagnosen	Krebserkrankungen unterschiedlicher Art (Brust-, Gebärmutter-, Nierenkrebs u.a.), Keine Diagnostik bezügl. psych. Erkrankungen Es handelt es sich um eine diagnostisch heterogene Population.
7	7a Fragestellung	Hypothese: „Krebspatienten erfahren durch die Teilnahme an personenzentrierten Gesprächsgruppen im Vergleich zu Krebspatienten ohne derartige Gespräche positive Veränderungen in verschiedenen Bereichen ihrer Persönlichkeit, im Verhältnis zu ihrer sozialen Umwelt sowie in ihrer Einstellung zu Krankheit und Tod.“
	7b Zielsetzung	Beantwortung der Frage, wie nach der Diagnose Krebs die „bei vielen Betroffenen einsetzenden seelischen Beeinträchtigungen verhindert werden können“ (Ängste, Einsamkeitsgefühle)
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Krebserkrankung, Durchschnittsalter 48 Jahre, Range: 24-67 J. Erkrankungsdauer durchschnittl. 3 Jahre (von 2Monaten bis 12 Jahre). Keine differenzierten Angaben zur Art und Stadium der Krebserkrankung. Keine Ausschlusskriterien benannt.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Ambulante Gesprächsgruppen, 11 mehrstündige Gespräche in wöchentlichen Abständen. Drei davon erstreckten sich über einen ganzen Tag. Jede Gruppe bestand aus 7-11 Krebspatienten, 1-2 Angehörigen, 1 gruppenerfahrenem Helfer (Diplom-Psychologin), 1 Co-Helfer (Diplomand der

		Psychologie) und 1 Arzt.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	keine
11	Studiendesign	Gesprächsgruppe/unbehandelte Kontrollgruppe
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Fremdkontrollgruppen-Versuchsplan
14	Concealment („Maskierung“ Randomisierung) der	entfällt
15	Beobachtungsdauer	Unmittelbar vor und nach den Gruppengesprächen und 3 Monate später.
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verminderung seelischer Schwierigkeiten - Zunehmende Selbstakzeptierung - Verbesserung der Fähigkeit, mit den eigenen Gefühlen umzugehen - Verbesserte Fähigkeit, positive Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen.
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> o Liste individueller Beeinträchtigungen (Problemliste); o Freiburger Persönlichkeitsinventar, Halbform A; o Kurzform der Tennessee Self Concept Scale; o Tätigkeitsliste zur Erfassung angenehmer Aktivitäten; o Barrett-Lennard-Fragebogen (Einschätzung des Verhaltens der gruppenerfahrenen psychologischen Helferinnen bezügl. Echtheit, Achtung-Wärme-Wertschätzung und einführendes nicht-wertendes Verstehen durch die Teilnehmer nach jeder Sitzung); o Einschätzung der Selbstaueinandersetzung der Teilnehmer durch die Helferinnen; o Nachbefragungsinterview 9-11 Wochen nach Abschluss der Gruppenbegegnungen, halbstandardisiert; o Strupp-Nachbefragungsbogen; Inhaltsanalyse der aus 2 von 4 Gesprächsgruppen transkribierten bedeutsamen Äußerungen wurden durch zwei Experten 13 definierten Inhaltsbereichen zugeordnet.

17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	30, davon 26 weiblich. Es wurde keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Keine differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine differenzierten tabellarischen Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, (z.B. zu sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.).
20	Ergebnisse	<p><u>Unmittelbar nach Beendigung der Gesprächsgruppe:</u></p> <p>Gesprächsgruppen-Patienten zeigen ein höheres Ausmaß an Selbstzufriedenheit; Zunahme der Extraversion (FPI); Gefühl der Entlastung von Problemen der Medizinischen Versorgung, von körperlichen Folgebeschwerden und von den Beeinträchtigungen durch reduzierte körperlich-seelische Leistungsfähigkeit</p> <p><u>Unmittelbar und 3 Monate später:</u></p> <p>Gesprächsgruppen-Patienten sind deutlich aktiver geworden; Verringerung der Nervosität (gemäß FPI) Größere Akzeptanz der eigenen Empfindungen; Zunahme an Selbstvertrauen, realistischere Einschätzung der eigenen Kräfte; Verringerte Belastung und Beeinträchtigung durch zwischenmenschliche Probleme; Verbessertes Familienselbstkonzept;</p> <p><u>3 Monate nach Beendigung der Gesprächsgruppe:</u></p> <p>Gefühl der Entlastung bezügl. Krebsangst;</p> <p><u>Im Nachbefragungsinterview:</u></p> <p>Verbesserung der Beziehungen zu anderen; Weniger starke Beeinträchtigung durch Angstgefühle; Günstigere Einstellung zu der Krankheit und zum Leben erlangt; Günstige Veränderungen in der eigenen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben;</p>

21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Die Ergebnisse „... legen nahe, personenzentrierte Gesprächsgruppen als psychologisches Hilfsangebot zur Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten in der Nachsorgezeit in Betracht zu ziehen“.
23	Abschließende Bewertung	unklar, ob und welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden eher Maßnahmen zur Förderung von seelischer Gesundheit und Lebensqualität bei Krebspatienten. Für die Fragestellung nicht relevant, da keine Behandlung von psychischen Störungen, sondern psychosoziale Unterstützung bei somatischem Krankheitsbild. Methodische Kritik: Statistische Auswertung z.T. nicht nachvollziehbar, zahlreiche Mängel in der statistischen Auswertung
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen.

1	Quelle	<p>1. Hickling EJ, Blanchard EB (1999) The psychological treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: Conceptualisation and two pilot studies. (Buchbeitrag – ohne bibliographische Angaben – wahrscheinlich aus Hickling EJ, Blanchard EB (eds) International handbook of road traffic accidents. Amsterdam, Elsevier) Und 2. Blanchard EB, Hickling EJ et al. (2003) A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors.</p>
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	<p>Bei der ersten (1999) Publikation handelt es sich um die Konzeptualisierung und Erprobung der Methoden anhand zweier (nicht randomisierter) Pilotstudien. Da die zweite aktueller (2003) ist und über die erste hinausgeht, beziehen sich die folgenden Angaben auf diese (ID 3138).</p> <p>Hier gilt dann auch: "randomized controlled comparison"</p>
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Center für stress and anxiety disorders, University of Albany, NY, USA Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	<p>ICD-10 F 43.1 Verkehrsunfallopfer mit chronischer PTSD (> 6 Monate) und schwere subsyndromale PTSD Behandlungsziele: Reduktion von PTSD-Symptomen, „Heilung“ von PTSD und komorbiden Störungen (Depression, Angst)</p> <p>Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Ja</p>
7	7a Fragestellung	Vergleichende Wirksamkeit zweier Therapiemethoden gegenüber einer Wartegruppe hinsichtlich PTSD
	7b Zielsetzung	Unterscheiden sich die Therapiegruppen untereinander und gegenüber der Wartegruppe nach den Interventionen hinsichtlich Schweregrad von PTSD- und PTSD-verwandten Symptomen (u.a.m.), bzw. Fortbestand der Diagnose PTSD
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	chronische PTSD (> 6 Monate) und schwere subsyndromale PTSD Ausgeschlossen sind Patienten mit komorbiden psychiatrischen Störungen

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Ambulante kognitive Verhaltenstherapie mit spezifischem PTSD-Modul und Relaxationstherapie Sitzungszahl (Einzeltherapie) je nach Bedarf 8 – 12 Sitzungen im Zeitraum von ca 5 Monaten
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Supportive Psychotherapie: Unterstützen und Ermutigen etc – mit dem selben Zeitaufwand und ohne die spezifischen Elemente der CBT Es handelt sich nicht um Gesprächspsychotherapie
11	Studiendesign	„Matching“ in Dreier-Gruppen basierend auf dem Schweregrad der Störung. Sodann randomisierte Verteilung zu einem von drei Therapeuten und zweite Randomisierung auf die drei Studienarme (CBT, SUPPORT, Warteliste). Nach Studienende wurden die Teilnehmer der Wartegruppe in einem Crossover-Verfahren dem CBT bzw. SUPPORT Armen zugeordnet.
12	Zahl der Zentren	Ein Zentrum
13	Randomisierung	Durch Studienleiter
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angabe
15	Beobachtungsdauer	Katamnesezeitraum 3 Monate.
16	16a Zielkriterien	Schweregrad der PTSD-Symptomatik, PTSD-Diagnose Komorbide Depression und Angst und viele andere Symptome (s.u.)
	16b Zielkriterien-Erfassung	PTSD-Diagnose und Symptom-Liste (CAPS) Kategoriale und dimensionale Einschätzung. Schweregrad Skala als Outcome Kriterium SKID (DSM-Achse I Diagnose) Allgemeine Funktionsskala (entsprechend Global Assessment of Functioning) Becks Depression Inventory Angst (STAI), Impact of event scale (IES)Brief Symptom Inventory (BSI) Psychophysiologisches Assessment Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? Ja
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	N = 98 wurden eingeschlossen und hatten mindestens eine Therapiesitzung Nach drop-outs N = 78 komplette Datensätze Keine Fallzahlplanung oder Power-Kalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) sind dokumentiert, nicht begründet. Es erfolgte eine Intention-to-treat-Analyse (ITT-

		Analyse) Durch Ausfälle (ca 20%) von jüngeren Patienten und solchen, bei welchen das Unfallgeschehen weniger lang zurückliegt, Verzerrung möglich.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Detaillierte Auswertung und tabellarische Darstellung zeigen keine relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen, die bis auf die Intervention gleich behandelt wurden
20	Ergebnisse	Darstellung der Ergebnisse. Erfolge auf allen oben genannten Skalen und hinsichtlich der Achse I-Diagnosen nach CBT auch noch nach drei Monaten
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Nicht erwähnt
22	Fazit der Autoren	Signifikante Überlegenheit der CBT-Gruppe sowohl in kategorialer (diagnostischer) und dimensionaler (Symptombelastung) Hinsicht – auch nach follow up – und zwar sowohl gegenüber der SP- wie gegenüber der Wartelisten-Gruppe. Dabei erwies sich die SP-Gruppe gegenüber der Wartelistengruppe als überlegen.
23	Abschließende Bewertung	Gut geplante und durchgeführte Studie. CBT erscheint wirksam – wobei längere Nachbeobachtungszeit wünschenswert wäre. Klinische Relevanz der Ergebnisse: Durchaus gegeben - wie auch die Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext Publikation aber irrelevant hinsichtlich Gesprächspsychotherapie, da diese nicht angewandt wurde.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. J Trauma Stress 2001; 14 (1): 115-33.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Quasi-experimentelles Studiendesign, bei der nach definierten Screening-Kriterien aufgenommene Patienten einer Behandlungs- bzw. später identisch behandelten Wartegruppe zugewiesen wurden.
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit Vergleichen über die Zeit
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	<p>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</p> <p>Es finden sich über alle Populationen hinweg nur wenig empirisch abgesicherte Studien, die die Behandlung von Patienten mit PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) nach erlittenen Missbrauchserlebnissen in der Kindheit zum Gegenstand haben. Die Studie soll hierzu einen Beitrag leisten.</p> <p>Die Behandlungen wurden in einer Universitätsklinik in Kanada durchgeführt. Die Autoren sind beide Hochschullehrer in Kanada. Die Beziehung der Hochschulen, an denen beide tätig sind, zu der genannten Universitätsklinik ist unklar.</p>
6	Indikationen / Diagnosen	<p>Es wird angegeben, auf Grund welcher Vorgehensweisen die Diagnose PTSD vergeben wurde: Interview auf Basis der DSM-IV Kriterien</p> <p>Alle Patienten hatten in ihrer Kindheit Missbrauchserlebnisse erlitten, entweder emotionale, physisch oder auch sexuell.</p>
7	7a Fragestellung	<p>Grundsätzliche Wirksamkeit? Vergleichende Wirksamkeit? Machbarkeit? Prozess-Outcomes-Studien?</p> <p>In der Studie sollte die Effektivität einer EFT (emotion focused therapie) bei Erwachsenen geprüft werden, die die genannten Missbrauchserlebnisse überlebten (AS).</p>

	<p>7b Zielsetzung</p>	<p>Konkretisierung der Fragestellung</p> <p>Bisherige Studien hätten sich im Wesentlichen auf die Gruppenbehandlung für Frauen, die als Kinder sexuell missbraucht wurden, bezogen. Eine systematische Erforschung individueller Therapie bei verschiedenen Typen von Patienten mit Missbrauchserlebnissen, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen, existierte bislang nicht. Dieser Fragestellung sollte in der vorliegenden Arbeit daher nachgegangen werden.</p>
<p>8</p>	<p>Relevante Ein- und Ausschlusskriterien</p>	<p>Einschlusskriterien: Im ersten Schritt wurden Patienten über Zeitungsannoncen angesprochen. Es wurde eine kostenlose Kurzzeittherapie angeboten für Patienten, deren Probleme nach deren Auffassung von kindlichen Missbrauchserlebnissen herrührt</p> <p>Der Erstautor und supervidierte Psychologiestudenten führten erste standardisierte Screeningsinterviews am Telefon durch. Im zweiten Schritt erfolgte ein 90 minütiges halb-strukturiertes Selektionsinterview. Zusätzlich wurden verschiedene Testparameter (Global Severity Index GSI, SCL, Impact of Event Scale IES) erhoben Die Patienten sollten zusätzlich bereit sein auch belastende Therapietechniken zu akzeptieren.</p> <p>Ausschlusskriterien: Alter unter 18 Jahren, bereits laufende Psychotherapie oder Einnahme psychotroper Medikamente. Extreme, emotionale Fehlsteuerung mit aggressivem oder selbstverletzendem Verhalten, Gewalt in der Partnerschaft, Drogen- oder Alkoholprobleme.</p> <p>Es nahmen letztlich 46 Patienten (39 Frauen und 7 Männer) teil, die die angegebenen Screening- und Selektionskriterien erfüllten.</p>

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>Definition des Verfahrens. Methodik der Intervention. Frequenz. Kombination mit anderen Verfahren. Therapeutenmerkmale. Einzel- oder Gruppentherapie. Stationär oder ambulant.</p> <p>Insgesamt 20 1-stündige (Gruppen?) Sitzungen pro Woche. Zu Grunde gelegt wurde eine nicht näher beschriebene Behandlungsroutine, in der die wichtigsten Prinzipien der EFT beinhaltet sind. In der Behandlungsroutine ebenfalls eingeschlossen waren Techniken aus der „process-experiential therapie“. Die Therapeuten hatten drei Aufgaben zu erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufbau einer geschützten und auf Zusammenarbeit ausgerichteten therapeutischen Beziehung. 2. Überwinden von Vermeidungsverhalten wie z. B. überkontrollieren emotionaler Erfahrungen oder Schuldgefühle und Scham über den erfahrenen Missbrauch. 3. Auflösen von Themen, die mit missbrauchenden oder vernachlässigenden Personen zu tun haben. <p>Zu diesem Zwecke wurden eine Reihe von Techniken, die aus der Gestalttherapie abgeleitet sind, angewandt.</p> <p>Die Behandlung wurde ambulant in einer Klinik durchgeführt. Die Therapeuten waren sieben Frauen und drei Männer, davon waren sechs Doktoranden und drei „master-level“ Studenten in klinischer und pädagogischer Psychologie, ebenso wie der Erstautor. Alle Therapeuten hatten schon zuvor klinische Erfahrungen mit solchen Patienten. Die studentischen Therapeuten hatten zuvor 54 Stunden Training in EFT-AS Therapie bekommen. Der Erstautor hat seit 14 Jahren Erfahrungen in dieser Therapie und hat sowohl das Training der Studenten wie auch die Supervision übernommen.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Dito –allerdings mit einer Verzögerung von ca 20 Wochen.
11	Studiendesign	<p>Anzahl der Behandlungsarme, parallel / crossover</p> <p>Zwei Behandlungsarme, 22 Pat. wurden sofort in die Therapiegruppe aufgenommen, die übrigen 24 Pat. erhielten erst später eine Behandlung und wurden auf eine Warteliste gesetzt.</p>
12	Zahl der Zentren	Keine Angaben

13	Randomisierung	Die Verteilung auf die beiden Gruppen (Behandlungs- und Wartegruppe) erfolgte nach gleichen Kriterien, es findet sich keine statistisch signifikante Differenz zwischen den beiden Gruppen
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung.
15	Beobachtungsdauer	Behandlungsdauer 20 Wochen. Die Follow-up Untersuchung erfolgte im Durchschnitt 9 Monate nach Behandlungsende.
16	16a Zielkriterien	<p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet?</p> <p>Als Zielkriterien zur Wirksamkeit werden positive Veränderungen z.B. bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumabedingten Intrusionen und Vermeidungsverhalten, • Beschwerden nach dem SCL • Bis zu 3 persönliche Probleme der Patienten, die ihnen Unbehagen bereiten und die durch die Behandlung bewältigt werden sollten. • Interpersonelle Probleme der Patienten • Belastungen durch negative Gefühle gegenüber bestimmten Personen • Zugehörigkeitsgefühl oder Ablehnung im Zusammenhang mit ihrem Sozialverhalten <p>Zielkriterien zur Wirtschaftlichkeit wie z.B. verminderte Inanspruchnahme von diagnostischen Abklärungen oder ärztlichen Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich, von Medikamenten, sozialen Diensten Verminderung von Arbeitsunfähigkeit etc. werden nicht aufgeführt.</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Die Zielkriterien wurden mit verschiedenen psychometrischen Verfahren erfasst. Dies sind im einzelnen:</p> <p>Impact of Event Scale (IES)</p> <p>Symptom-Check-List-90-Revised (SCL)</p> <p>Target Complaints Discomfort (TC)</p> <p>Inventory of Interpersonal problems (IIP)</p> <p>Resolution Scale</p> <p>Structural Analysis of Social Behavior (SASB)</p>

17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	keine Poweranalyse
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>46 Patienten, die die Screening- und Selektionskriterien erfüllten wurden in die Studie eingeschlossen. Wie die Verteilung auf die beiden Gruppen erfolgte ist unklar.</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet?</p> <p>Drop-outs: 3 Patienten verließen die Behandlergruppe und 5 Pat. verließen die Studie während der Wartezeit. In der Wartegruppe brachen 5 Pat. die Behandlung vorzeitig ab.</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren?</p> <p>Drop-outs wurden telephonisch nach ihren Gründen befragt. Die Gruppe der Drop-outs war gegenüber den Teilnehmern der Studie bezüglich der soziographischen Daten und der abhängigen Variablen statistisch nicht signifikant abweichend.</p> <p>Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)?</p> <p>Eine ITT-Analyse erfolgte nicht</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p> <p>Entfällt, da nicht über drop-outs berichtet wird.</p>

19	Vergleichbarkeit Behandlungsgruppen	<p>der Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)? Oder liegen die Angaben nur als summarisches Statement der Autoren vor?</p> <p>Es liegen Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (Alter, Geschlecht, Anzahl der Kinder, sozioökonomischer Status, Beschäftigungsverhältnis, Diagnosegruppen (Tabelle 1. Seite 119).</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?</p> <p>Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?</p> <p>Ja.</p>
20	Ergebnisse	<p>Das Ergebnis wurde durch 3 stat. Verfahren an Hand der Abhängigen Variablen (Änderungen der o.e. psychometrischen Werte in den Zielkriterien.) überprüft</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlergruppe gegenüber Wartegruppe während der Wartezeit 2. Behandlergruppe gegenüber Wartegruppe nach deren Abschluss der Behandlung. 3. Behandlergruppe gegenüber Wartegruppe nach deren Abschluss der Behandlung im follow-up. <p>Die Pat. der Behandlungsgruppe erreichten insgesamt signifikante Verbesserungen in den Werten.</p> <p>Ebenso die Wartegruppe, nachdem die Behandlung durchgeführt wurde. Eine Ausnahme gab es nur in einem Maß (Structural Analysis of Social Behavior, SASB).</p> <p>Darüber hinaus wurden noch die klinisch signifikanten Änderungen methodisch erfasst. 54% der Pat. in der Behandlungsgruppe „were recovered“ und 66% hatten sich reliabel im Verlauf der Behandlung verbessert.</p> <p>Im follow-up (Durchschnitt 35,95 Wochen) zeigte sich ein signifikant positiver Effekt über die Zeit in allen Maßen außer SASB.</p>

21	Unerwünschte Therapiewirkung	Berücksichtigung von unerwünschten Therapiewirkungen, Risiken und Komplikationen Werden nicht berichtet.
22	Fazit der Autoren	<p>EFT-AS ist eine effektive Kurzzeitbehandlung bei Patienten, die als Kinder missbraucht wurden. Es werden sowohl statistisch als auch klinisch signifikante Verbesserungen für die meisten Patienten in wichtigen Bereichen der Störung erzielt. Das Vorgehen sei wahrscheinlich weniger geeignet für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen oder ernster emotionaler Fehlsteuerung.</p> <p>Die Autoren selbst nennen einige Einschränkungen bezüglich der möglichen Schlussfolgerungen aus der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht ausreichende Äquivalenz der Zugangsfaktoren bei den Patienten. • Das kürzere Assessmentintervall für die Wartegruppe gegenüber der Behandlergruppe. • Die lange Zeit zwischen Missbrauch und Therapie • Der Erstautor selbst war auch gleichzeitig Behandler. • Es seien noch randomisierte Studien mit adäquaten Kontrollgruppen nötig, um die Wirksamkeit der EFT-AS zu belegen. • Es wurden nur „self-reported measures of Change“ erfasst.
23	Abschließende Bewertung	<p>In der Studie wird keine klassische GT angewandt, sondern die EFT (emotion focused therapy).</p> <p>Nachgewiesene Effekte für diagnostisch homogene Gruppe mit Kindesmissbrauch in der Vorgeschichte (keine Multimorbidität). Das Vorgehen ist laut Autoren wahrscheinlich weniger geeignet für Patienten mit multiplen und dauerhaften Problemen</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung.

1	Quelle	Paivio SC, Holowaty KAM, Hall IE. The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. Psychotherapy 2004, 41 (n1),56-68.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Process Outcome Research, Pilotstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Fortsetzung der Studien über die Wirkungsingredienzien der Emotion Fokus Therapy von Greenberg bei BDS Patienten
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Fortsetzungsstudie einer Arbeit der Forschungsgruppe Paivio von der Universität Windsor
6	Indikationen / Diagnosen	Verweis auf Paivio 2001, 959 Es wird angegeben, auf Grund welcher Vorgehensweisen die Diagnose PTSD vergeben wurde: Interview auf Basis der DSM-IV Kriterien Alle Patienten hatten in ihrer Kindheit Missbrauchserlebnisse erlitten, entweder emotionale, physisch oder auch sexuell.
7	7a Fragestellung	Ob Therapeuten sich in der Kompetenz, Adhärenz und Beziehungsfähigkeit in Bezug auf die Implentierung der spezifischen Wirkfaktoren dieser Behandlung unterscheiden.
	7b Zielsetzung	
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<u>Einschlusskriterien</u> : selbst angegebene Kindheitsmissbrauchserfahrungen. <u>Ausschluss</u> :unter 18, momentan in Therapie, Psychomedikation, akute Krise, keine bewussten Erinnerungen an die Missbrauchserfahrung in der Kindheit, primäre extreme emotionale Disregulation, hohes Risikoverhalten oder beides. Borderlinepatienten sind damit ausgeschlossen. Einschlusskriterien: Kriterien für Kurzzeittherapien nach Malan, Motivation, Kapazität eine therapeutische Beziehung einzugehen, Fähigkeit sich auf den Fokus Kindheitsmissbrauch zu konzentrieren

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	emotion focused therapy Durchschnittliche Behandlungsdauer, 19 Wochen einstündige Behandlung, Therapeuten: 6 Doktoranden und 2 Masterabsolventen der klinischen Psychologie und Erziehungswissenschaft sowie der Autor, der auch Training und Supervision vermittelt hat. Vorherige Erfahrung mit dieser Krankheitsgruppe, klinische Erfahrung von 1-10 Jahren, zusätzlich 54 Stunden Training im Behandlungsverfahren, pro Behandlung eine halbe Stunde individuelle Supervision.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keines
11	Studiendesign	Prozessstudie über Zeit
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Maskierung
15	Beobachtungsdauer	Verweis auf Paivio 2001, 959
16	16a Zielkriterien	
	16b Zielkriterien-Erfassung	PTSD Symptomschwere, Achse II Diagnose und Prozessmaße sowie die Impact of Events Scalen und SASBI , Befolgung, Kompetenz und Beziehungssteuerungsfähigkeit.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	44 davon 7 Abbrecher
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Verweis auf Paivio 2001, 959 Von 110 Telefonanrufern, die auf Überweisungen und Zeitungsannoncen auf die Frage über Kindheitsmissbrauchserfahrungen reagiert hatten, wurden mit 63 Selektionsinterviews gemacht, davon blieben 23 übrig, die mit der Behandlung anfangen. 21 nach einer Warteperiode, 7 ausgeschieden.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	entfällt

12. Anhang
 Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

20	Ergebnisse	keine Angaben
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben
22	Fazit der Autoren	Keine Angaben
23	Abschließende Bewertung	Prozessstudie. In der Studie wird keine klassische GT angewandt, sondern die EFT (emotion focused therapy).
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet Wirksamkeit und Nutzen der GT zu belegen. Es handelt sich bei dem angewandten Verfahren nicht um GT im Sinne der Antragsstellung

12.9.5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

1	Quelle	Engel-Sittenfeld, Pola, Rolf, R. Engel, Helmuth P.Huber und Kornelia Zangl. Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1980, 9 (1) 34-52
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Randomisiert kontrolliert
3	Studientyp nach Durchsicht	dito
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	DFG-geförderte Forschungsvorhaben getragen von der psychiatrischen Universitätsklinik der Universität München, Nussbaumstraße sowie vom Hamburger psychologischen Institut, Prof. Huber.
6	Indikationen / Diagnosen	Patienten mit Schlafstörung, mindestens 3 Jahre, können ohne Medikation nicht mehr als 7 Stunden schlafen. Diagnostisch nicht homogen in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen
7	7a Fragestellung	Vergleichende Wirksamkeit von 3 Verfahren in Bezug auf die Behandlung von Schlafstörung: Gesprächspsychotherapie, Biofeedbackmethoden, autogenes Training
	7b Zielsetzung	Keine weitere Konkretisierung der Fragestellung
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Mindestens 3 Jahre erkrankt und nicht mehr als 7 Stunden Schlaf (siehe oben) Höchstens zwei nervenärztliche und psychotherapeutische Behandlungsversuche im Vorfeld, Alter: 20-55, MMIP-Werte: keine Skala über 70 T-Wert, Ausschluss von psychiatrischer Primärerkrankung durch unabhängige fachärztliche Untersuchung, Ausschluss von organischer Mitbeteiligung (Rest-Less-Leg, Bruxismus (nächtliches Zähneknirschen).
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Gesprächspsychotherapie nach Rogers, jeweils 15 einstündige Sitzungen, in denen auf die individuellen Probleme, die der Patient vorbrachte, eingegangen wurde. Sitzungen einmal die Woche
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Autogenes Training, Unterstufe, 12 Gruppensitzungen, 6 klassische Übungen nach Schultz einmal wöchentlich jeweils 1 ½ Stunden plus 2x täglich Durchführung von Übungen, Kontrolle über ein Übungsprotokoll. Diskussion der

		Schwierigkeiten in den Gruppensitzungen Biofeedback-Training: 19 Einzelsitzungen á 45 Minuten, Trainingszeit selbst 20 Minuten, Sitzung 2x die Woche gleiche Tageszeit, Kontrolle von Theta - Aktivitäten über akustische Signalwandlung der EEG Wellen.
11	Studiendesign	3 parallele Behandlungsarme mit einer Wartekontrollgruppe, die allerdings aufgegeben wurde
12	Zahl der Zentren	2 (Hamburg und München). Die Vergleichbarkeit der Studiendurchführung ist nicht kontrollierbar, weil nicht angegeben wurde, wo die Studie durchgeführt wurde.
13	Randomisierung	Keine Angaben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine Angaben darüber. In Kenntnis der Arbeit ist eine Maskierung eher unwahrscheinlich
15	Beobachtungsdauer	Baselineperiode, Behandlungsbeginn, Behandlungsende, Katamnese nach 6 Monaten.
16	16a Zielkriterien	Schlafdauer, Häufigkeit des Aufwachens und Dauer des Aufwachens, Medikamentenreduktion, subjektive Ausgeruhtheit.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Schlafstagebücher, Medikamentenkonsum, jede übliche therapeutische Dosis wird mit einem numerischen Wert von 4 Punkten versehen
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Erste Suchstrategie 400 Personen auf Zeitungsannonce, Reduktion auf 150 auf Grund der oben erwähnten Auswahlkriterien, Kurzfragebogen zur Erfassung von Schlafstörungen, Reduktion auf 100, Reduktion auf 40 auf Grund der o.a. Kriterien, von 40 erscheinen 5 nicht, in den 3 Therapiegruppen 9 Abbrecher, 6 in der Gruppe der Gesprächstherapie und jeweils 2 in den AT respektive BF - Behandlungen. Unterschied ist statistisch signifikant. Aufgabe der Wartekontrollgruppe und Auffüllung der Behandlungsgruppen mit Patienten aus der Wartekontrollgruppe. Signifikante Unterschiede in Bezug auf die Dropouts.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	N= 22, 40 Jahre (SD 9,6) 11 Patienten mit MMPI-T-Wert ≥ 70 , Hysterie, Depression, Hypochondrie, Psychasthenie-Skala über 60 (Neurosenprofil)
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppe ist gegeben in Bezug auf die Variablen Alter,

		Schlafdauer, Einschlaf latenz
20	Ergebnisse	Es gibt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Wirkung der 3 Behandlungsverfahren. Die Behandlungen führen zu signifikanten Reduktionen des Medikamentenverbrauchs, sowie einer Verkürzung der Dauer des nächtlichen Aufwachens, einem Anstieg der subjektiven Ausgeruhtheit. Die Ergebnisse sind klinisch relevant und können auf den Alltagskontext der hiesigen Psychotherapieversorgung übertragen werden
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Keine differentiellen Therapieeffekte, die Anzahl der Abbrecher in der GT-Gruppe wesentlich höher, GT wird vom Patienten nicht als gezielte Maßnahme zur Beseitigung von Schlafstörungen aufgefasst. Auffällige Persönlichkeitsstrukturen dieser Patientengruppe seien von GT überfordert. Keine Rückführung des Therapieeffektes auf generelle Placeboeffekte Erklärung über Medikamentenreduktion und Gewinn einer höheren Autonomie..
23	Abschließende Bewertung	Kritik: Hohe Abbrecherquote und Aufgeben der Kontrollgruppe.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie lässt aufgrund der in Feld 23 genannten methodischen Mängel keinen Schluss auf Wirksamkeit der GT bei undifferenzierten Schlafstörungen zu.

1	Quelle	Evans S, Fishman B, Spielman I, Haley A. randomized trial of cognitive behavioral therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. Psychosomatics 2003; 44(1): 44-50
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Randomized trial
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Department of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein
6	Indikationen / Diagnosen	Neuropathische Schmerzen bei HIV-Patienten. ICD-10 Schlüssel F54 Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Homogen im Hinblick auf die Indikation
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit und vergleichende Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen neben analgetischer (und manchmal antidepressiver) Medikation zur Reduktion neuropathisch bedingter Schmerzen.
	7b Zielsetzung	Machbarkeit und Akzeptanz einer manualisierten VT-Therapie bei neuropathischen Schmerzen von HIV-Patienten. Vergleich dieser Therapieform mit supportiver Psychotherapie.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Pat. mit einem mittleren Score an schwerster Schmerzintensität im Brief Pain Inventory und klinisch bestätigter peripherer Neuropathie. Keine Ausschlusskriterien.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Kognitiv behaviorale Therapie: 6 ambulante Einzelsitzungen von einer Stunde Dauer einmal wöchentlich Therapeuten: graduierte Psychologiestudenten nach Teilnahme an einem Trainingsprogramm mit wöchentlicher Supervision der Videoaufzeichnungen der Sitzungen durch einen erfahrenen klinischen Psychologen.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	supportive ‚Standardpsychotherapie‘ (als Verfahren nicht näher beschrieben). Anwendung wie oben

11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, 2 parallel
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Nur als Begriff angegeben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? nein
15	Beobachtungsdauer	6 Wochen, keine Katamnese
16	16a Zielkriterien	- Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja
	16b Zielkriterien-Erfassung	Brief Pain Inventory, Schmerzmedikationstagebuch, SCL-90, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, Symptomcheckliste der körperlichen HIV-Symptome, Karnofsky Performance Scale, Coping strategies Questionnaire I Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? Ja für Hamilton Depression Rating, körperliche HIV-Symptome und Karnofsky Performance Scale. Bewertung durch entsprechend trainierte Medizinstudenten. Sonst: Selbstbewertungsbögen
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Fallzahl: 61 im Alter von durchschnittlich 46,5 Jahren, 13 Frauen und 48 Männer. Zusätzliche medikamentöse Schmerzbehandlung bei 43 Pat., davon Schmerzmittel 22, Antikonvulsiva 13, trizyklische AD 8. 40 Pat. mit antiretroviraler Therapie. 28 Pat. im VT-Arm, 33 Pat. im Arm mit supportiver Psychotherapie. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Hohe Drop out Rate von 28 Teilnehmern, davon besuchten 18 nur die erste Therapiestunde. Die Dropouts hatten höhere Depressionswerte und höhere Werte in der zwanghaften Subskala des SCL-90. Höhere Drop out Rate im VT-Arm (16 Pat.) als in der supportiven Therapie (12 Pat.)

		<p>Am Ende liegen Daten von 12 Pat. für VT und 21 Pat. für supp. Psychotherapie vor.</p> <p>Diskutiert wird auch ein anderer ,VT-kompoatibler Copingstil bei den Teilnehmern, die nicht abbrechen.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor: ja aber nur im Hinblick auf, die die Zielkriterien erfassenden Messergebnisse. Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Zu Beginn nicht.</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Stärkere Schmerzreduktion und Reduktion schmerzbedingter Funktionseinschränkung in der VT-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe ohne statistische Signifikanz.</p> <p>Die VT-Gruppe erzielt darüber hinaus statistisch signifikante Verbesserungen der Depressions-Scores im Vergleich mit der supportiven Psychotherapie. Keine Unterschiede in der Karnofsky Performance Scale und im Gebrauch von Schmerzmitteln.</p> <p>Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext: gegeben.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	<p>Die Daten der Studie ergeben Hinweise auf mögliche positive Auswirkungen einer VT bei neuropathischen HIV-bedingten Schmerzen für manche Patienten. Die hohe Drop out-Rate schmälert den Wert der Ergebnisse und ihrer Übertragbarkeit auf HIV-Patienten im Allgemeinen. Weitere Forschung ist notwendig.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Trotz der statistisch nachweisbaren Symptombesserung durch die angewandten PT-Verfahren und der nachgewiesenen möglichen Überlegenheit von VT ist die klinische Relevanz der Ergebnisse durch die hohe Abbruchrate erheblich beeinträchtigt. Dass diese bei VT noch höher ist als bei supportiver Psychotherapie schränkt die positiven Ergebnisse der VT zusätzlich ein.</p> <p>Die Studie bestätigt die Wirkung von VT beim Schmerzmanagement und bei der Depressionsbehandlung. Die hohe Abbruchrate und die vergleichsweise geringen Gruppengrößen am Ende der Behandlung lassen eine abschließende Bewertung nicht zu,</p>

		<p>insbesondere da die Drop out-Gruppe im Hinblick auf mögliche Abbruchgründe nicht untersucht wurde und weitere differenzierende Untersuchungen über mögliche Gründe für die Akzeptanz oder Zurückweisung der Behandlung fehlen.</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Grulke NR. Psychologische Schmerztherapie bei Patienten unter Knochenmarkstransplantation: eine kontrollierte Klinische Studie zur Wirksamkeit differentieller psychologischer Interventionen. Dissertation Universität Tübingen, 1997
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Pseudorandomisierte Psychotherapiestudie mit medizinischer Kontrollgruppe
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppen (Kontroll-Therapie, und treatment as usual)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Dissertation an der Universität Tübingen im Rahmen des Forschungsprojekts ‚Psychologische Schmerzreduktion bei Patienten unter Knochenmarkstransplantation.‘ Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?nein
6	Indikationen / Diagnosen	Indikation sind Schmerzen im Zusammenhang mit Knochenmarkstransplantationen. Zudem wurde die Entwicklung von Angst, Depression, verschiedene Persönlichkeitsvariablen, Bewältigungsstrategien und die allgemeine Zufriedenheit untersucht. ICD-10 Schlüssel F54 Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? homogen
7	7a Fragestellung	Untersuchung der Wirksamkeit eines symptomorientierten kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms im Vergleich zu gesprächspsychotherapeutischen Interventionen (nicht symptomorientiert, sondern an den Wünschen der Pat. ausgerichtet). Als Kontrollgruppe diente eine nur somatisch behandelte Pat.-Gruppe
	7b Zielsetzung	Lässt sich durch psychotherapeutische Behandlung eine zusätzliche Schmerzreduktion erreichen.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Von 150 knochenmarkstransplantierten Pat. in 1992-1995 wurden 120 Pat. angesprochen und betreut. Von 53 liegen vollständige Ergebnisse vor. Hohe Drop out Rate aus unterschiedlichen Gründen: u.a. fehlende Motivation, medizinische Bedenken, Tod

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Symptomorientierte VT mit speziellem Fokus auf Schmerzbewältigung. 25-30 Sitzungen als stat. Einzeltherapie, Sitzungsdauer 30-60 Minuten (war abhängig vom körperlichen Zustand der Pat.), oft 2 - 3mal/Woche
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Gesprächsorientierte Therapie („dialogisch oder nach gesprächspsychotherapeutischen Gesichtspunkten“) mit vergleichbarer Therapiedosis, mediz. Kontrollgruppe mit Gesprächen 2mal wöchentlich als ‚small talk‘ keine Angaben zu Anzahl und Qualifikation der Therapeuten
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, 2 parallel/
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	„Pseudorandomisierung nach Aufnahmedatum“ – nicht näher erläutert.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? nicht beschrieben - bei Pseudorandomisierung unwahrscheinlich
15	Beobachtungsdauer	Während des stat. Aufenthalts, Dauer nicht näher beschrieben. Messzeitpunkte vor Transplantation, 14 Tage nach Transplantation, vor Entlassung. Katamnese 6 Monate nach Entlassung
16	16a Zielkriterien	- Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung. Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja
	16b Zielkriterien-Erfassung	Eingangsgespräch und spezifischer KMT-Bogen, Beschwerdetagebuch, BPQ, STAI, CES-D Skala, FPI-K; Fremdeinschätzungen von Personal und Angehörige erfasst durch Visuelle-Analog-Skala
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein

18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Unklar, wie aus den 120 angesprochenen Patienten mit KMT 53 Patienten mit vollständigem Datensatz wurden</p> <p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen. 53 Pat: 20 symptomorientiert, 18 gesprächsorientiert, 15 treatment as usual Kontrollgruppe</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Ja</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten: nein</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.?) Nein</p> <p>Oder liegen die Angaben nur als summarisches Statement der Autoren vor? Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Erwartete Interventionseffekte konnten bezgl. Schmerz nicht nachgewiesen werden.</p> <p>Bezüglich Angst und Depression konnte eine tendenzielle Verbesserung nach psych. Behandlung festgestellt werden mit Hinweisen auf bessere Wirkung der gesprächspsychoth. Intervention (kein stat. Signifikanz). Mögliche Hinweise auf verbesserte Copingmechanismen durch psychotherap. Interventionen.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	<p>Bei schweren körperlichen Erkrankungen mit intensiven und nebenwirkungsreichen therap. Maßnahmen können psychoth. Interventionen subjektiv hilfreich erlebt werden. Diese subjektiv positive Wahrnehmung steht im Gegensatz zu den fehlenden statistisch signifikanten Ergebnissen, die keine Überlegenheit gegenüber alleiniger somatischer Behandlung nachweisen. Dennoch sollten entsprechende Angebote in den Kliniken strukturell verankert werden.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Die Studie bestätigt Wirksamkeit psychoth. Interventionen bei malignen Erkrankungen nicht. Art und Durchführung der GT Bedingung unklar.</p>

12. Anhang
Extraktion und Bewertung: Primärstudien - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
und Faktoren
-

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Die Interventionen erfolgen im Rahmen des KMT- bedingten stat. Aufenthalts. Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.
----	---	--

1	Quelle	Markowitz JC. Treatment of depressive Symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. Arch Gen psychiatry 1998; 55(5):452-57
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	randomized clinical trial
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit randomisierten Vergleichsgruppen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Studie aus dem Cornell University Medical College, New York. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? nein
6	Indikationen / Diagnosen	Depression bei HIV-Patienten. Reduzierung der depressiven Symptomatik. F54 Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? homogen
7	7a Fragestellung	Vergleichende Wirksamkeit von vier therapeutischen Interventionen
	7b Zielsetzung	Vier Behandlungszellen IPT, CBT, supportive Psychotherapie SP im Sinne der GT und supportive Psychotherapie + Imipramin werden im Hinblick auf ihre Wirkung auf die depressive Symptomatik verglichen.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: mindestens 6 Monate bekannte HIV-Erkrankung, Score von über 15 auf der Hamilton Depression Scale, klinische Anzeichen einer manifesten depressiven Symptomatik. Ausschlusskriterien: bedeutsame nicht HIV-verursachte medizinische Krankheiten, Schizophrenie, bipolare Störungen, Kontraindikation gegen Imipramin, aktueller Drogenmissbrauch, andere psychiatrische Behandlungen
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	IPT und CBT: innerhalb von 17 Wochen 16 ambulante Einzelsitzungen mit einer Dauer von 50 Minuten. Die supportiven Therapieangebote richten sich nach dem Bedürfnis der Pat. 8-16 Sitzungen von 30 bis 50 Minuten Dauer. Eine Gruppe der mit SP behandelten Pat. erhielt zusätzlich Imipramin (210 +/- 66 mg täglich) Therapeutenmerkmale: Psychiater, psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Krankenschwestern mit nachgewiesener Erfahrung und Zertifizierung in

		dem entsprechenden Therapieverfahren. Manualisierte Therapie mit Einzelsupervision der aufgenommenen Sitzungen. Überprüfung der Adhärenz durch unabhängige Rater.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Siehe oben
11	Studiendesign	4 parallele Behandlungsarme
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Computer-gestützte randomisierte Zuweisung zu den einzelnen Gruppen nach einer Eingangsuntersuchung
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Erfolgte die Randomisierung maskiert, d. h. wurde sichergestellt, dass die Randomisierungssequenz vor den Behandlern und den Studienteilnehmern verborgen wurde, bis die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen abgeschlossen war (z. B. durch eine geheim gehaltene Randomisierungsliste)? Ja
15	Beobachtungsdauer	16 Wochen. Keine Katamnese
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Symptome, körperliche Beschwerden. - Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Beck DI, Hamilton Depression Scale, CD4-Zellen-Zählung und Karnofsky- Skala zur Beurteilung der Auswirkungen der Grunderkrankung.</p> <p>Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? Erfassung durch unabhängige Rater und die Therapeuten? Verblindung nicht berichtet</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen.</p> <p>24 Pat. wurden mit IPT behandelt, 26 mit SP und Imipramin, 24 mit SP allein und 27 mit CBT. Dabei war die SP als Kontrolldesign konzipiert. 69 Pat. beendeten die Studie vorzeitig.</p> <p>Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) sind dokumentiert, aber nicht begründet.</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Nein. Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse): Ja</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)? Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Studie zeigt in der ITT-Analyse statistisch signifikante Unterschiede auf den Depressionsskalen bei Behandlung mit IPT oder SP mit Imipramin im Vergleich zur Behandlung mit CBT oder SP allein und eine deutliche Überlegenheit der ersten beiden Behandlungsarme.</p> <p>Die Ergebnisse von CBT gleichen denen von SP und werden deswegen als ‚unspezifisch‘ bezeichnet. Es fand sich auch Besserung bei den funktionalen Scores der Karnofsky-Skala, die so interpretiert wird, dass die depressive Symptomatik der körperlichen Symptomatik zugeordnet wurde. Es wird angenommen, dass die Interventionsstrategien der IPT den Bedürfnissen von HIV-Patienten, die viele Verluste erlitten haben, besonders entgegenkommen.</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse. Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	<p>Trotz methodischer Grenzen (geringe Fallzahl, fehlender Nachweis affektiver Störungen im SKID, zum Teil nur klinisch diagnostizierte Depression, überwiegend männliche Patienten) sprechen die Ergebnisse dafür, psychotherapeutischen Interventionen bei HIV-positiven Patienten mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Selbst bei HIV-positiven Patienten stellt Depression eine Behandlungsoption dar. Eine Replikation der Studienergebnisse wird empfohlen.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Entspricht dem Fazit der Autoren mit einer Einschränkung: es wird nicht deutlich, ob die Depression durch die HIV-Erkrankung ausgelöst wird (was der Kommentar der Autoren zur IPT nahe legt) oder neben der HIV-Erkrankung</p>

		<p>besteht, zumindest z.T., da ein hoher Prozentsatz der Patienten (zwischen 73 und 60% über Major depression-Episoden in der Vergangenheit berichtet. IPT und Pharmakotherapie sind im Hinblick auf die Zielsymptomatik der GT überlegen.</p> <p>Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

1	Quelle	Mulder et al. (1994) Cognitive-behavioral and experiential group Psychotherapy for HIV-infected homosexual men: a comparative study. Psychosomatic Medicine 56: 423-431
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	study with randomized experimental design
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Studie aus dem Helen Dowling Institute for Biopsychosocial Medicine, Rotterdam in Kooperation mit Univ. Groningen, Utrecht u.a.m. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	ICD 10 F 54 (asymptomatische HIV+, homosexuelle Männer – ohne psychische Symptomatik) Stress-Reduktion sowie Verbesserung von coping, emotionalem Ausdruck, soziale Unterstützung Keine Prüfung der Homogenität dargelegt
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche und vergleichende Wirksamkeit
	7b Zielsetzung	Stress-Reduktion sowie Verbesserung von coping, emotionalem Ausdruck, soziale Unterstützung
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	HIV + ohne (AIDS-)Symptome , keine antiretrovirale Therapie, keine HIV-bezogene Psychotherapie, Alter zwischen 18 und 65, keine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Cognitive-behaviorale (CBT) and experiential (ET) Gruppenpsychotherapie Zum Vergleich Wartegruppe (WCG), die nach dem Therapieprogramm ihrerseits den beiden Interventionsbedingungen zu gelost wurde. Definition des Verfahrens. CBT – mit speziellem Modul bezüglich Stress-Abbau ET – GT-Elemente ergänzt durch gestalttherapeutische Techniken und mit aktivem self-disclosure der homosexuellen Therapeuten 17 ambulante Gruppensitzungen während 15 Wochen a´2,5 Stunden plus einen 8-Stunden langen Therapietag in der Mitte des Programms. Therapeuten waren homosexuelle Männer.

10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	S.O.
11	Studiendesign	3 parallele Arme
12	Zahl der Zentren	ein Zentrum
13	Randomisierung	nicht näher beschrieben matching bezüglich social support
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	nicht näher beschrieben
15	Beobachtungsdauer	follow up 3 und 6 Monate nach der Intervention
16	16a Zielkriterien	Stress-Reduktion sowie Verbesserung von coping, emotionalem Ausdruck, soziale Unterstützung Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? ja
	16b Zielkriterien-Erfassung	Umfangreiches, inhaltlich angemessenes Testinventar: Profile of mood states (POMS), Becks depression Inventory (BDI), General health questionnaire (GHQ,) coping questionnaire, social support questionnaire, emotional expression scale, subjective therapy benefit scale Wahrscheinlich keine verblindete Erfassung der Zielgrößen
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Ausgangsstichprobe: N = 188, davon nahmen N = 39 an der Studie teil CBT 8, ET 7, WCG 12 / danach zugelost zu CBT 6, ET 6 keine Power-Kalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Nein Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) Nein Es werden keine ausreichenden Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten gegeben.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Angaben liegen nur als summarisches Statement der Autoren vor. Über relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen wird nicht berichtet Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? - ja
20	Ergebnisse	S.u. Klinische Relevanz der Ergebnisse erscheint gering. Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext möglich .
21	Unerwünschte	keine Angaben

	Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Nach Intervention beider therapeutischer Techniken war Stress gegenüber Wartegruppe signifikant reduziert - nicht dagegen coping, emotionaler Ausdruck, soziale Unterstützung. Keine Unterschiede zwischen CBT und ET
23	Abschließende Bewertung	Erheblich eingeschränkte Validität der Ergebnisse aufgrund schwerwiegender Mängel im Studiendesign. Mängel: eher geringe bis mäßig starke psychische Belastung zu Behandlungsbeginn (Bodeneffekt) sehr kleine Stichproben; hohe drop out Quote Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau) z.T. unkommentiert auf 10 % angesetzt, unklare Selektionsbedingungen (bias) für Therapiegruppen Keine klassische Gesprächspsychotherapie – (experiential group therapy)
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

12.9.6 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

1	Quelle	Ends EJ, Page CW. A study of three types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates. Quart J Stud Alcohol 1957; 8:263-77.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keiner benannt.
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Durchgeführt am Willmar State Hospital; gefördert durch Department of Welfare, State of Minnesota.
6	Indikationen / Diagnosen	Männliche, bei der Aufnahme alkoholisierte Patienten („inebriated“); keine ICD-Diagnosen angegeben. Es dürfte sich um eine heterogene Population handeln.
7	7a Fragestellung	Welche der drei unterschiedlichen Gruppenpsychotherapien (lerntheoretisch, klientenzentriert, psychoanalytisch oder soziale Diskussion =Kontrollgruppe) ist am wirtschaftlichsten, um bei stationär aufgenommenen männlichen alkoholisierten Patienten („inebriates“) ein angemessenes Sozialverhalten zu erreichen?
	7b Zielsetzung	Hypothese: die auf der Zweifaktorentheorie des Lernens basierende Gr.th. ist am effektivsten, danach folgt die klientenzentrierte Gr.th. und am wenigsten effektiv ist die psychoanalytische Gr.th..
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Alle im Willmar (Minnesota) State Hospital aufgenommenen männlichen alkoholisierten Patienten („inebriates“) zwischen 25 und 45 Jahren Ausschlusskriterium: alle diejenigen, deren intellektuelles Funktionsniveau unterhalb des 40. Perzentil des Army General Classification Test (AGCT), civilian edition, lag.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Stationäre Gruppentherapie: <ul style="list-style-type: none"> a. Lerntheorie nach Mowrer, ausgearbeitet durch Page und Ends. b. Nicht-direktive oder klientenzentrierte

		<p>Therapie nach Rogers.</p> <p>c. Psychoanalytische Therapie nach Alexander und Modifikationen von French.</p> <p>d. Soziale Diskussionsgruppe = Kontrollgruppe.</p> <p>16 Gruppen mit jeweils 6 Patienten; insgesamt 15 Sitzungen, 3x in der Woche;</p> <p>4 Therapeuten; jeder Therapeut hatte 4 Gruppen, in den unterschiedlichen Verfahren.</p> <p>Jeder Therapeut hatte 2 Jahre oder mehr Erfahrung und Training in Psychotherapie sowie umfangreiche theoretische Vorbereitung.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	4 Behandlungsarme.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Nein. Verteilung der Probanden auf die Gruppen nach soziometrischen Techniken gemäß Lewis.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	s.o.
15	Beobachtungsdauer	<p>Vor der Behandlung (etwa 10 Tage nach Aufnahme) und nach der Behandlung.</p> <p>Nachuntersuchung durch standardisiertes Interview: 6 Monate, 1 Jahr und 1 ½ Jahr nach Entlassung.</p>

16	16a Zielkriterien	Veränderungen des Selbst und des Ideal-Selbst in Richtung größerer Gesundheit..
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>100-Item Q-Sort (Q-Sort Technique nach Stephenson, Rogers und Hartley in modifizierter Form).</p> <p>Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).</p> <p>Da sich in der Voruntersuchung eine Konfundierung der Effekte von somatischer und psychotherapeutischer Behandlung im MMPI zeigte, erfolgte die Evaluation der verschiedenen Gr.th. nur mit der Q-Sort Analyse.</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	96 Patienten
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>63 beendeten das Behandlungsprogramm. Durchschnittsalter 36, 92 Jahre.</p> <p>Obwohl alle eingeschlossenen Patienten in Testverfahren nicht als Alkoholiker diagnostiziert wurden, wiesen sie einen Zeitraum von einem Monat oder mehr unkontrollierten Trinkens mit einem Median von 6 Jahren und einer langen Geschichte exzessiven Trinkens auf.</p> <p>Gründe für Abbrüche: freiwillige Beendigung der Behandlung und verschiedene familiäre Krisen.</p> <p>Keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Patienten nach Behandlungsgruppen.</p>

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Es liegen keine Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z.B. zu Alter, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.).</p> <p>Unklar, ob die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit) wurden, da nichts über die sonstige stationäre Behandlung bekannt ist.</p>
20	Ergebnisse	<p>Gemessen wurden Veränderungen der Gruppe insgesamt, nicht der einzelnen Patienten.</p> <p><u>Lerntheorie-Gruppe</u> (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhöhung der Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst 2. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 3. Unter der Behandlung entfernte sich das Selbst vom vor der Behandlung gemessenen Ideal-Selbst 4. Das sich verändernde Ideal-Selbst entfernte sich vom Selbst vor Behandlungsbeginn <p>Das Ideal-Selbst veränderte sich in Richtung größerer Selbstkritik</p> <p><u>Klientenzentrierte Therapiegruppe</u> (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gesündere Selbstwahrnehmung wurde erreicht 2. Größere Selbstakzeptanz durch Reduzierung der Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst wurde erzielt 3. Das Selbst bewegte sich in Richtung des nach der Therapie ermittelten Ideal-Selbst 4. Das Ideal-Selbst veränderte sich im Verlauf der Therapie in Richtung des sich verändernden Selbst <p>Ganzheitliches förderliches Muster von therapeutischen Veränderungen wurde erzielt.</p>

		<p><u>Psychoanalytische Gruppentherapie</u> (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 2. Veränderungen in Richtung größerer Selbstakzeptanz 3. Die Veränderungen des Selbst orientierten sich gleichmäßig in Richtung des Ideal-Selbst vor und nach der Therapie mit leichter Betonung des letzteren <p><u>Kontrollgruppe</u> (signifikante Veränderungen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Selbst veränderte sich mehr als das Ideal-Selbst 2. Ein geringfügiger aber eindeutiger Trend zu einem weniger gesunden Ideal-Selbst
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Die Lerntheorie-Gruppenbehandlung zeigt keine therapeutische Wirksamkeit in Bezug auf Umsteuern der schädlichen Prozesse, die spontan in der Kontrollgruppe auftraten, sie scheint diese Prozesse noch zu beschleunigen. - Gruppentreffen, bei denen der Therapeut sich nicht aktiv therapeutisch verhält, haben keinen therapeutischen Wert für die Teilnehmer und bewirken nur minimale, aber nachteilige Veränderungen. - Unterschiedliche theoretische Konzepte führen zu unterschiedlichen Veränderungsmustern in den Therapiegruppen. - Bei gleichen Veränderungen zu einem gesünderen Selbstkonzept und von mehr Selbstakzeptanz zeigt sich ein entscheidender Unterschied zwischen analytischer und klientenzentrierter Therapie in der Art, wie dies erreicht wurde. Bei der analytischen Gruppentherapie wurde die Veränderung durch einseitige Modifikation des Selbst erreicht, bei der klientenzentrierten Therapie durch eine gleichrangige Umarbeitung von Selbst und Ideal-Selbst.

23	Abschließende Bewertung	<p>Nicht verwertbar, da hier die Veränderung von theoretischen Konstrukten (Selbst, Selbst-Ideal) in Gruppen untersucht wurde. Keine Verknüpfung dieser Konstrukte mit klinisch relevanten Veränderungen.</p> <p>Keine Diagnostik von konkreten Krankheitsbildern. Keine Untersuchung von individuellen und krankheitsspezifischen Symptomen und deren Veränderung.</p> <p>Nachuntersuchung durch anderes Instrument als in der eigentlichen Untersuchung.</p> <p>Keine Informationen über die „sonstige“ stationäre Behandlung und deren Einflüsse auf Veränderungen.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie wurde im stationären Bereich durchgeführt. Keine Übertragbarkeit auf ambulante Versorgung, da Gruppenpsychotherapie nicht alleinige Behandlung.</p>

1	Quelle	Ends EJ, Page CW. Group psychotherapy and concomitant psychological change. Psychol Monogr 1959 ; 73 (10) : 1-31.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Angabe
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Durchgeführt am Willmar State Hospital; gefördert durch Department of Welfare, State of Minnesota. 2. Phase der Studie von Ends und Page, 1957.
6	Indikationen / Diagnosen	Männliche, alkoholisierte Patienten („inebriates“), die im Willmar State Hospital stationär aufgenommen wurden; keine ICD-Diagnosen angegeben. Es dürfte sich um eine heterogene Population handeln.
7	7a Fragestellung	Bewertung des Nutzens von Gruppenpsychotherapie mit alkoholisierten Patienten und Bestimmung des effizientesten Verfahrens und der wirksamsten Behandlungsintensität. <ol style="list-style-type: none"> 1. Ergeben sich quantitative und/oder qualitative therapeutische Veränderungen wenn man gruppenzentrierte Therapie nach Rogers dem Standardbehandlungsprogramm für Alkoholiker hinzufügt? 2. Sind die therapeutischen Veränderungen signifikant größer als in der ersten Studie (Ends u. Page 1957), wenn die Anzahl der therapeutischen Sitzungen verdoppelt (von 15 auf 30) wird? 3. Art und Ausmaß der Veränderungen?

	7b Zielsetzung	<p>Hypothesen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Hinzufügung von klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie nach Rogers zu dem Standardbehandlungsprogramm für Alkoholiker führt zu qualitativen und quantitativen Unterschieden in den therapeutischen Veränderungen. 2. Die Verdoppelung der Anzahl der Therapiesitzungen von 15 auf 30 führt zu signifikant größeren Veränderungen. 3. Die Verdoppelung der Anzahl der Therapiesitzungen von 15 auf 30 führt nicht zu anderen Veränderungsmustern. 4. Mit dem Anstieg der Anzahl der Therapiesitzungen steigt auch die Rate des therapeutischen Fortschritts.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien: männlich, weiß, zwischen 21 und 60 Jahren, ohne schwerwiegende organische Erkrankungen, ohne psychotische Erkrankungen, über dem 45 Perzentil im Army General Classification Test (AGCT)
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Das reguläre stationäre Willmar-Behandlungsprogramm für Alkoholiker (Dauer 60 Tage) <u>und</u> klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie nach Rogers.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Das reguläre stationäre Willmar-Behandlungsprogramm für Alkoholiker (Dauer 60 Tage).
11	Studiendesign	2 Therapiegruppen (30 Gruppensitzungen und 6 Wochen Behandlung; 15 Gruppensitzungen und 6 Wochen Behandlung = aus der vorherigen Studie), 2 Kontrollgruppen (6 Wochen Standardbehandlung; 2 Wochen Standardbehandlung).
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Randomisierte Zuordnung einer best. Anzahl von Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllen zu den Therapiegruppen. Die übrigen Patienten wurden der Kontrollgruppe zugeordnet. Randomisierung nicht beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Nein
15	Beobachtungsdauer	Direkt vor Beginn und direkt nach Beendigung der 6-wöchigen Behandlungsperiode. Bei den Therapiegruppen zusätzliche Messung mit

		dem Selbst- und Ideal-Selbst Q-Sort nach dem Ende der 10. und der 20. Therapiesitzung.
16	16a Zielkriterien	Veränderungen des Selbst und des Ideal-Selbst in Richtung größerer Gesundheit, durch zusätzliche gruppenzentrierte Therapie nach Rogers.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Selbst- und Ideal-Selbst Q-Sort
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Nur zwei „erfahrene“ Therapeuten standen zur Verfügung, jeder behandelte 3 Therapiegruppen mit Anfangs 7 Patienten. In den ersten 4 Gruppen beendeten jeweils 5 und in den letzten beiden Gruppen jeweils 4 die Behandlung. = <u>28</u> (für die Auswertung wurden die Ergebnisse über alle Behandlungsgruppen zusammengeführt). Behandlungsgruppe aus der vorherigen Studie: 15 Patienten. Beide Kontrollgruppen jeweils 28 Patienten.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	s.o. Ausfälle von Studienteilnehmern werden angegeben, aber nicht spezifisch begründet.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Es liegen Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (zu Alter, AGCT-Wert, Ausbildungsjahre, Personenstand, Anzahl der Kinder, Gesamtzahl der Jahre des Trinkens, Anzahl

		<p>der Jahre unkontrollierten Trinkens).</p> <p>Es gibt relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der Jahre in denen Alkohol getrunken wurde und der Anzahl der Jahre, in denen unkontrolliert getrunken wurde. Die Therapiegruppe mit 30 Sitzungen Gruppenpsychotherapie liegt hier jeweils am höchsten.</p> <p>Die Patienten der Therapiegruppe (15 Sitzungen Gruppentherapie) aus der vorherigen Studie war jünger (zwischen 25 und 45 Jahren)</p> <p>Gleiche Routinebehandlung für alle wird angegeben, mit folgender Ausnahme für die Therapie-Gruppen: tägliche therapeutische Treffen und zwei Extra-Sitzungen, in denen die Q-Sorts (nach der 10. und nach der 20. Sitzung) gegeben wurden.</p>
20	Ergebnisse	<p>Die Hinzufügung von klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie nach Rogers zum Standardbehandlungsprogramm für Alkoholiker führte zu signifikanten Veränderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zunahme der Selbst-Akzeptanz. - Der Schwerpunkt der Veränderungen bezog sich auf das Selbstkonzept. - Veränderung des Ideal-Selbst durch größere Akzeptanz sowohl des Selbstkonzeptes, das vor der Therapie bestand und desjenigen nach der Therapie. - Veränderung des Selbstkonzeptes durch größere Akzeptanz des Ideal-Selbst, welches vor der Therapie bestand und desjenigen nach der Behandlung. - Stabile Reduzierung des Ausmaßes von Misstrauen anderen gegenüber (Paranoidskala, einzige signifikante Veränderung im MMPI im Vgl. zur Kontrollgruppe). - Konsistentes, internalisiertes Muster von psychologischen Veränderungen, die als psychisches Wachstum interpretiert werden. <p>Die Verdopplung der Gruppentherapie-Stundenzahl ohne Erhöhung der Gesamtverweildauer bewirkte signifikant größere therapeutische Veränderungen.</p> <p>V.g. legen nahe, dass der durchschnittliche Gruppentherapie Teilnehmer der nach 15 Sitzungen</p>

		<p>beendete, gerade an der Schwelle zur ernsthaften therapeutischen Arbeit stand.</p> <p>Es zeigte sich kein einzelnes Maß, mit dem der therapeutische Fortschritt zufriedenstellend gemessen werden könnte.</p> <p>Die Veränderungen in der Gruppe weisen ein allgemeines Muster auf, und zwar eine anfängliche große Veränderung i.S. eines „Fluges in die Gesundheit“ in den ersten zwei Therapiewochen, dann ein rapider und umfangreiche Rückschritt und die Anbahnung der reintegrativen Phase in den nächsten zwei Wochen sowie eine schnelle zunehmende Reintegration und Konsolidierung des Therapieerfolges in den letzten zwei Wochen.</p> <p>Das v.g. Phänomen der anfänglich schnellen Verbesserung, gefolgt von Verschlechterung zeigte sich auch in der Kontrollgruppe. Es gab aber keine Anzeichen von Reintegration in einem therapeutischen Sinne. Es etablierte sich eine Struktur, die sich nur oberflächlich von der ursprünglichen unterschied.</p> <p>Gruppentherapie bewirkt eine zunehmende Stabilität des Selbst- und des Ideal-Selbstkonzeptes.</p> <p>Die Effektivität der Gruppentherapie hängt nicht davon ab, dass der Patient die Notwendigkeit hierzu vor Behandlungsbeginn einsieht. Wahrscheinlich führen die Interaktionen in der Gruppe zur Einsicht in die Notwendigkeit.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben.
22	Fazit der Autoren	Wo es möglich ist, sollte gruppenzentrierte Psychotherapie ein integraler Bestandteil eines jeden seriösen Programms zur Behandlung von Alkoholikern sein. In diesem Bereich besteht weiterer Forschungsbedarf.
23	Abschließende Bewertung	Keine differenzierten Informationen über die Krankheitsbilder/Schweregrad/Komorbiditäten. „Klinische/Alltagsrelevanz“ fraglich. Nicht ersichtlich, wie sich die, durch die zusätzliche klientenzentrierte Gruppentherapie erreichten Veränderungen im Selbst-Konzept hinsichtlich des konkreten Alkoholproblems und der Abstinenzfähigkeit auswirken.

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Das untersuchte Behandlungsangebot (stationäres Routine-Behandlungsprogramm und gruppenzentrierte Therapie) ist nur stationär durchführbar und somit nicht auf ambulante Versorgung übertragbar. Alleinige Wirksamkeit der gruppenzentrierten Therapie nach Rogers nicht untersucht.
----	---	--

1	Quelle	Görgen W. Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. [Client-centered individual psychotherapy with drug addicts in an inpatient setting]. GwG Zeitschrift 1993; 92:26-32.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Erfahrungsbericht, Darstellungsform: sowohl „persönliche Mitteilung“ als auch „signifikanter Unterschied“
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Fall-Kontroll-Studien - Nicht eindeutig zuzuordnen
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Der in klientenzentrierter Psychotherapie ausgebildete Autor hat in der Zeit von 1981 bis 1991 im Rahmen des Behandlungsprogramms einer stationären Langzeittherapie (Therapeutische Gemeinschaft) Einzeltherapien mit Drogenabhängigen durchgeführt. Bei der vorliegenden Veröffentlichung handelt es sich um einen diesbezüglichen Erfahrungsbericht und um eine Auswertung von durchgeführten Behandlungen anhand einzelner Fragebogen i.S. eines Vorher-Nachher Vergleichs.
6	Indikationen / Diagnosen	Drogenabhängigkeit vom Morphin-Typ. Keine weiteren Angaben zu komorbiden Störungen.
7	7a Fragestellung	s.u.
	7b Zielsetzung	Klientenzentrierte Psychotherapie leistet einen wichtigen Beitrag bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit. Besondere Bedeutung kommt dabei der Akzeptanz und der therapeutischen Beziehung zu.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Retrospektiv wurden 51 vom Autor durchgeführte Therapien ausgewertet.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Klientenzentrierte Einzelpsychotherapie im Rahmen einer stationären Langzeittherapie (Therapeutische Gemeinschaft). Behandlungssetting: einjährige stationäre Behandlung mit Therapeutischer Gemeinschaft, Gruppentherapie, Einzeltherapie, Arbeitstherapie, Sport, Freizeit. Einzeltherapie = für jeden Klienten obligatorisch, beginnend im vierten Monat des Aufenthalts. Männer und Frauen im Alter von 18 bis 29

		Jahren.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keins.
11	Studiendesign	Retrospektive Auswertung der vom Autor durchgeführten klientenzentrierten Einzeltherapien. Kein systematisch geplantes Design.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine
15	Beobachtungsdauer	Keine Angabe
16	16a Zielkriterien	Bedeutung von klientenzentrierter Psychotherapie bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Art der Therapiebeendigung Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) Giessen-Test (Selbstbild, Fremdbild)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Auswertung von 51 Therapien
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Keine differenzierte Darstellung der Charakteristika der Klienten.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine Vergleichsgruppe.
20	Ergebnisse	<p>Von 51 durchgeführten Therapien wurden 42 (82,4%) regulär, d.h. zum Ende der einjährigen Aufenthaltsdauer in der Einrichtung beendet.</p> <p>9 Klienten beendeten die Therapie vorzeitig (auf eigenen Wunsch oder disziplinarische Entlassung).</p> <p><u>VEV</u> (40 Therapien): Die erlebte Veränderung im Bewertungszeitraum liegt deutlich im Bereich positiver Veränderung.</p> <p><u>Giessen-Test</u> (40 Therapien)</p> <p>➤ <u>Selbstbild</u> vorher/nachher: Das Selbstbild der Klienten hat sich deutlich an das Selbstbild der Altersgruppe angenähert, lediglich die</p>

		<p>Bewertung der größeren Dominanz der eigenen Aggressivität, Impulsivität und der Herrschaftsansprüche bleibt bestehen.</p> <p>Deutliche Veränderung nach der Einzeltherapie: Klienten erleben sich positiver in ihrer sozialen Resonanz, aufgeschlossener gegenüber ihrer Umwelt und erlebnisfähiger in Bezug auf ihre Gefühle. Aufhellung der Grundstimmung.</p> <p>➤ <u>Fremdbild</u> (Therapeut) vorher/nachher: Deutliche Veränderungen am Ende der Einzeltherapie auf den Skalen „positiv resonant“, „hypomanisch“, „durchlässig“ und „sozial impotent“ in Richtung der vergleichbaren Altersgruppe der Standardstichprobe.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine Angaben.
22	Fazit der Autoren	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klientenzentrierte Psychotherapie führt bei einer drogenabhängigen Klientel zu einer positiven Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens. 2. Klientenzentrierte Psychotherapie betont die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dem Aspekt einer offenen, zugewandten, akzeptierenden und direkten therapeutischen Beziehung der Vorrang zu geben ist vor pädagogischen Erziehungskonzepten. 3. Klientenzentrierte Psychotherapie vermeidet den Übergang von der pathologischen Abhängigkeit vom Suchtstoff zur pathologischen Abhängigkeit vom Therapeuten und fördert ein hohes Maß an Autonomie und Selbstverantwortung. 4. Klientenzentrierte Psychotherapie mit Drogenabhängigen lebt von der Akzeptanz des Klienten als Süchtiger, als Delinquent, als ganze Person mit allen Stärken und Schwächen.
23	Abschließende Bewertung	<p>Vom Autor selbst wird nicht der Anspruch erhoben, die Standards der Psychotherapieforschung zu erfüllen.</p> <p>Kein systematischer, vergleichender und repräsentativer Nachweis der Wirksamkeit von GT bei Drogenabhängigen.</p>

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ambulante Versorgung, da im Behandlungszeitraum eine Vielzahl anderer intensiver therapeutischer Maßnahmen durchgeführt wurde (Einzel-GT nicht alleiniger Wirkfaktor). Der Autor stellt selbst fest, dass über die Anwendung von GT bei Drogenabhängigen im ambulanten Setting erst wenige Erfahrungen vorliegen.
----	---	---

1	Quelle	Speierer GW. AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: Speierer GW (EDS). Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG. 2000, S. 31-48.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Angabe.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit Vergleichen über Orte (z. B. historische Kontrollen)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	III Retrospektive vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Untersuchung des subjektiven Erlebens von 144 AlkoholpatientInnen aus Deutschland und der Tschechischen Republik mit dem Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI). Keine weiteren Informationen zum Hintergrund (Kontext) der Publikation.
6	Indikationen / Diagnosen	F19.xx; F10.xx, F10.1x, F10.2x, F10.3x, „F10+2.F4x-F6x“ (so aus der Publikation entnommen). Es handelt es sich um eine diagnostisch heterogene Population.

7	7a Fragestellung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inwieweit stimmt das Inkongruenzerleben (Inkongruenzdynamik) von AlkoholpatientInnen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands und der Tschechischen Republik überein? 2. Was lässt sich aus den Daten des RIAI über die Psychopathologie und die Komorbidität (d.h. über Begleitsymptome anderer psychischer Erkrankungen) von AlkoholpatientInnen aus Deutschland und Tschechien sagen? 3. Wie unterscheiden sich nach der Entgiftung sofort entlassene von psychotherapeutisch weiterbehandelten AlkoholpatientInnen und welche Übereinstimmungen bestehen in diesen beiden PatientInnengruppen? 4. Welche Veränderungen und therapeutischen Effekte werden bei der gesprächspsychotherapeutischen Mitbehandlung von AlkoholpatientInnen im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen erreicht? 5. Gibt es für die Gesprächspsychotherapie eine nach ihrer Störungstheorie spezifische Wirksamkeit bei AlkoholpatientInnen? 6. Welche Möglichkeiten der Indikationsstellung, Therapieziele und Hinweise für die Behandlung ergeben sich für AlkoholpatientInnen aus den RIAI-Daten?
	7b Zielsetzung	s.o.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Nicht bekannt.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p><u>Deutsche Patienten:</u> Entgiftung ohne Weiterbehandlung; Entgiftung mit psychotherapeutischer Weiterbehandlung (Verfahren und Setting unbekannt)</p> <p><u>Tschechische Patienten:</u> Entgiftung ohne Weiterbehandlung; Entgiftung mit Weiterbehandlung (stationäre Rehabilitation an 7 unterschiedlichen Reha-Einrichtungen, bestehend aus psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen i.R. einer psychotherapeutischen Gemeinschaft; Aufenthaltsdauer 6-16 Wochen;</p>

		tägliche Psychotherapie einzeln und in Gruppen – Kombination aus personenzentrierten, psychoedukativen und verhaltensmodifikatorischen Elementen; Gespräche mit Familienangehörigen).
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	s.o.
11	Studiendesign	s.o.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine
15	Beobachtungsdauer	Ein Zeitpunkt.
16	16a Zielkriterien	Subjektives Erleben
	16b Zielkriterien-Erfassung	Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) (Speierer 1997) /Beschreibung S.34f)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Insgesamt 144 AlkoholpatientInnen aus Tschechien und Deutschland mit o.g. Instrument untersucht.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Differenzierte Darstellung nach Teilstichproben bezügl. Geschlecht, Diagnose nach ICD-10, Alter, Familienstand, Lebenssituation, Schulbildung, Beruf, derzeit beschäftigt, in tabellarischer Form. Außer den Diagnosen, die teilw. unvollständig sind, keine weiteren Angaben zum Krankheitsbild.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Es wurde eine Alphaadjustierung durchgeführt und die dadurch ermittelten statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Teilstichproben in den Ergebnistabellen deutlich gemacht.
20	Ergebnisse	Hier sollen nur die für die Fragestellung relevanten Ergebnisse dargestellt werden. <u>Zur Forschungsfrage Nr.4:</u> „Welche Veränderungen und therapeutischen Effekte werden bei der gesprächspsychotherapeutischen Mitbehandlung von AlkoholpatientInnen im Rahmen von stationären Rehabilitationsmaßnahmen erreicht?“

		<p>Veränderungen am Ende der Behandlung: Abnahme des „gegenwärtigen Insuffizienzerlebens, deutliche Zunahme des „gesunden Selbstvertrauens“, deutliche Zunahme „gesunder Selbstkonzeptanteile und positiver selbstkongruenter Änderungserfahrungen“, Vermehrung „gesunder Selbsterfahrung“</p> <p><u>Zur Forschungsfrage Nr.5:</u> „Gibt es für die Gesprächspsychotherapie eine nach ihrer Störungstheorie spezifische Wirksamkeit bei AlkoholpatientInnen?“</p> <p>Wird vom Autor mit „ja“ beantwortet: die gpt- Mitbehandlung bewirkte positive Änderungen, die i.S. des gpt „Differenziellen Inkongruenzmodelles zu sehen sind. Belastungs- und Störungsursachen werden weniger als dispositionell, sondern mehr als persönlich verantwortet und sozialkommunikativ mitbedingt angesehen, Selbstvertrauen und gesunde Selbstanteile werden gestärkt, mehr selbstverträgliche (selbstkongruente) Erfahrungen werden gemacht, PatientInnen erfahren sich als mehr belastbar und erleben mehr Selbstkontrolle.</p> <p><u>Zur Forschungsfrage Nr.6:</u> „Welche Möglichkeiten der Indikationsstellung, Therapieziele und Hinweise für die Behandlung ergeben sich für AlkoholpatientInnen aus den RIAI-Daten?“</p> <p>Auf der Basis einer früheren Untersuchung und der RIAI sieht der Autor hier „gute Voraussetzungen für eine positive Indikationsstellung der Gesprächspsychotherapie bei den AlkoholpatientInnen“. Die individuellen Therapieziele können aus den Inkongruenzanalyseergebnissen abgeleitet werden.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>Die Ergebnisse zeigen Übereinstimmungen der Inkongruenzdynamik sowohl zwischen den deutschen PatientInnengruppen wie auch zwischen tschechischen und deutschen PatientInnen. Die gesprächspsychotherapeutische Mitbehandlung in der Rehabilitation von AlkoholpatientInnen stärkt vor allem das Selbstvertrauen, vermittelt gesunde Selbstkonzeptanteile und positive selbstkongruente Änderungserfahrungen und verringert das Insuffizienzerleben. Die Änderungen stehen im Einklang mit der</p>

		Störungslehre der GT, daher Annahme einer spezifischen Wirksamkeit der GT auch bei AlkoholpatientInnen.
23	Abschließende Bewertung	Keine Therapiestudie sondern Anwendungsstudie zur RIAI. Rückschluss, dass bei der umfassenden und komplexen stationären Rehabilitationsbehandlung der tschechischen PatintInnen die GT-Anteile, zu denen weder quantitative noch qualitative Informationen vorliegen, der entscheidende Wirk- und Veränderungsfaktor war, ist durch die Daten nicht belegt und somit unzulässig.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit und Nutzen der GT nachzuweisen.

12.9.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

1	Quelle	Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Wuchner M.[Long-term changes in borderline symptoms of patients after clientcentered group psychotherapy] Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 2000; 50 (3-4): 140-6.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Quasiexperimentelle Feldstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Katamnesestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Psychologisches Institut III der Universität Hamburg, Prof. Eckert.
6	Indikationen / Diagnosen	Gemäß ICD-9 Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Schizophrenie
7	7a Fragestellung	Wie verändern sich die Symptome von Patienten mit einer zweifelsfrei diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung im Anschluss an eine klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie?
	7b Zielsetzung	Erfassen von Veränderungen des borderlinespezifischen Erlebens und Verhaltens im Vergleich mit demjenigen von depressiven und schizophrenen Patienten.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<u>Borderline-Persönlichkeitsstörung:</u> Urteil des DIB (Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten) ohne Kenntnis der Auswertung zusätzlich Kernberg Kriterien für BPS Bestätigung der Diagnose durch eine unabhängige Ratergruppe Bestätigung der Diagnose durch Rorschach-Test (borderlinespezifische Abwehr) <u>Depression und Schizophrenie:</u> Vom überweisenden Stationsarzt und vom zuständigen Oberarzt bestätigte eindeutige

		Diagnose nach ICD-9 Bestätigung dieser Diagnose durch DIB-Interviewer und –Ratergruppe.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	100 Sitzungen ambulante klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie mit zwei Sitzungen pro Woche von je 1,5 Stunden. 3 geschlossene Gruppen mit 7-10 Patienten, diagnostisch gemischte Zusammensetzung (i.d.R. 2-3 Borderline-Patienten pro Gruppe). Behandlung durch zwei Therapeuten (männl. und weibl.).
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	keins
11	Studiendesign	Vergleich von drei Diagnosegruppen, die nicht alle die gleiche Behandlung erhielten 3 Behandlungsgruppen
12	Zahl der Zentren	eins
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	entfällt
15	Beobachtungsdauer	Vor der Behandlung und Katamnese, im Mittel vier Jahre später.
16	16a Zielkriterien	Boderlinespezifische Symptome in den Bereichen soziale Integration, Impulskontrolle, Affekte, psychotische Symptome und zwischenmenschliche Beziehungen.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Messung der borderlinespezifischen Symptomatik mit der deutschen Übersetzung des Diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten (DIB) von Eckert et al. 1987 u. 1991. DIB = Semistrukturiertes klinisches Interview mit 134 Fragen und Verhaltensbeobachtungen von borderlinespezifischen Symptomen zu o.g. 5 Bereichen.
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	43 Patienten wurden katamnestisch untersucht.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	14 Borderline-Patienten, davon beendeten 2 die Gruppentherapie auf eigenen Wunsch vorzeitig. 13 Schizophrenie-Patienten, ein Abbruch.

		16 Patienten mit Depression, drei Abbrüche.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Angaben, zu Alter, Geschlecht und Drop-outs liegen getrennt nach Diagnosegruppen in tabellarischer Form vor.
20	Ergebnisse	<p><u>Bereich „soziale Integration“</u>: erbrachte schon zum Erstuntersuchungszeitpunkt keine hinreichende Unterscheidung zwischen den Diagnosegruppen.</p> <p><u>Bereich „Impulskontrolle“</u>: Abnahme der Symptome, insbesondere Suizidhandlungen, manipulative Suiziddrohungen, Selbstverletzungen und Impulsdurchbrüche bei Patienten mit BPS. Stärkerer Abnahmetrend als bei den beiden anderen Gruppen.</p> <p><u>Bereich „Affekte“</u>: Rückgang von Wut, Depression, dysphorischem Erleben und innerer Leere bei BPS und depressiven Patienten. Keine Veränderungen bei den schizophrenen Patienten.</p> <p><u>Bereich „psychotische Symptome“</u>: bedeutsamer Rückgang von Derealisation und Depersonalisation bei allen Diagnosegruppen; bei BPS-Patienten ist der Rückgang dieser Symptome am größten.</p> <p><u>Bereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“</u>: Beeinträchtigungen in diesem Bereich verändern sich bei allen Diagnosegruppen über die Zeit.</p> <p><u>DIB-Gesamtwert</u>: BPS-Patienten weisen zum Katamnesezeitpunkt bedeutsam weniger borderlinespezifische Symptome auf, als zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung. Zum Katamnesezeitpunkt erfüllen nur noch 2 BPS-Patienten (14%) die DIB-Kriterien für die Diagnose einer BPS.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben
22	Fazit der Autoren	Das pragmatische Ziel, die Patienten mit Hilfe einer auf 100 Stunden begrenzten klientenzentrierten Gruppentherapie soweit zu

		stabilisieren, dass sie nicht mehr psychiatrisch behandlungsbedürftig, sondern allenfalls psychotherapeutisch behandlungsbedürftig sind, wird als erreicht angesehen.
23	Abschließende Bewertung	<p>Methodische Einwände der Autoren selbst: „... es muss offen bleiben, welcher Anteil der Veränderungen auf spontane Remissionen bzw. statistische Regression zurückzuführen ist. Weiterhin muss offen bleiben, worauf die Veränderungen in den Kontrollgruppen zurückzuführen sind.“</p> <p>Bei fehlender Untersuchung direkt nach der Gruppentherapie und dem langen Katamnesezeitraum unklar, inwieweit die berichteten Veränderungen auf die Gruppentherapie zurückzuführen sind oder anderen Wirkfaktoren (z.B. weitere ambulante und/oder stationäre Behandlungen im Katamnesezeitraum eine Rolle spielen.) Auch ein möglicher Spontanverlauf lässt sich nicht differenzieren (keine „treatment as usual“-Gruppe)</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Studie ist nicht geeignet, Wirksamkeit der GT in der Gruppe nachzuweisen.

1	Quelle	Teusch, L., Böhme, H. Finke, J., Gastpar, M. Effects of Client-centered Psychotherapy for Personality Disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment PSYCHOTHER Psychosom 2001;70:328-336
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Prospektive, naturalistische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: -Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Essen, Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein
6	Indikationen / Diagnosen	Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Clustern A, B und C nach DSM –IV mit den üblichen Komorbiditäten Depression, Angst, Essstörungen, Sucht. .. ICD-10 Schlüssel: F60, F61. Im Hinblick auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung homogen. Heterogen durch die verschiedenen Typen von PST und die Komorbidität.
7	7a Fragestellung	Wirksamkeit von GT allein im stat. Setting im Vergleich zur Wirksamkeit von GT und Psychopharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.
	7b Zielsetzung	s. unter 7 a
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Alle Pat. mit PST im Untersuchungszeitraum (Dauer?) Ausschluss für Pat. mit psychotischer Depression, bipolaren Störungen oder Behandlung mit GT und VT oder vorzeitigem Therapieabbruch (innerhalb von 30 Tagen) (Anzahl nicht bekannt), 16 wegen anderer Eingangsdagnostik
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Stationäres GT-Behandlungskonzept: 1 Stunde Einzeltherapie und 3-4 GT-Gruppensitzungen/Woche. Zusätzlich Kunsttherapie, therapeutische Übungen zur Erhöhung der Fähigkeit zur Selbstexploration und zur Emotionsaktivierung (ß) (2x wöchentlich), Ergotherapie und

		Entspannungsübungen (2-3x wöchentl.) Zusätzliche medikamentöse Behandlung nach der klinischen Einschätzung der Behandler (wobei anscheinend bei besonders klagsamen Pat. diese Indikation häufiger gestellt wurde) Verwandte Medikamente: AD, Tranquilizer, Anxiolytika
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	keines
11	Studiendesign	Ein Behandlungsarm mit fakultativer Ergänzung durch Medikamentengabe
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	nein
15	Beobachtungsdauer	Der Beobachtungszeitraum wird nicht genannt. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 91 Tage +/- 21. Katamnesezeitraum. 1 Jahr
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Depressivität, - Persönlichkeitsfaktoren wie Diskrepanz zwischen Selbst und Idealselbst, soziale Resonanz, soziale Kompetenz, emotionale Stabilität, Einschätzung der persönlichen Wirkung auf andere - Berufliche Rehabilitation, notwendige weitere Behandlung <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Ja</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	Gießen-Test Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMES)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	142 Patienten, 129 in der Katamnesegruppe, 96 Pat. nur GT, 46 Pat. GT und Medikamente Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Nein, (16 vorzeitige Therapieabbrecher)
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter,

		<p>Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)? Ja?</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Die Gruppe, die Medikamente erhielt, beschreibt sich im GT als ‚more pliant‘ und als gestörter als die anderen (depressiver, extremer, weniger in Übereinstimmung mit ihrem Ideal)</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt : ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Es gibt signifikante Ergebnisse in Bezug auf emotionale Gestimmtheit (Depression), Selbstwert, soziale Kompetenz, die auch nach einem Jahr stabil waren.</p> <p>Die zusätzliche Gabe von Medikamenten erbrachte zumeist keine zusätzliche Besserung, lediglich die Untergruppe der abhängigen Persönlichkeitsstörung verbesserte ihre Depression durch Medikamente während die übrigen Subtypen in Bezug auf die Depression besser ohne Medikamente reagierten.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine
22	Fazit der Autoren	<p>Die stat. Behandlung zeigte signifikante Ergebnisse in Bezug auf die Depressivität und die Selbstwahrnehmung, hier insbesondere in Bezug auf zwei Parameter: soziale Wahrnehmung und Sozialverhalten. Diese Wirkungen können nicht nur auf unspezifische Wirkfaktoren zurückgeführt werden, sondern beweisen die Wirkung der spezifischen GT-Konzepte bei Persönlichkeitsstörungen (die auf unterschiedliche Beziehungsebenen und Interventionskategorien beruhen)</p> <p>Außer einer Untergruppe profitieren die meisten Pat. besser von einer Behandlung ohne Medikamente.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Die stat. Behandlung besserte die Pat. mit Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf wichtige Symptome. Angesichts des komplexen Behandlungsangebots bleibt es schwierig, die Spezifität der GT für diese Therapieergebnisse einzuschätzen, insbesondere da die spezifischen Konzepte für Persönlichkeitsstörungen nicht genannt werden.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Diese Behandlungskonzeption ist nicht übertragbar auf die ambulante Versorgung</p>

1	Quelle	Wuchner M. Behandlungsergebnisse von Borderline-Patienten nach klientenzentrierter Psychotherapie. Treatment results of borderline patients after client-centered psychotherapy. Hamburg: Universität. 1997.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Verlaufsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Forschungsprojekt der psychiatrischen Poliklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf zur Diagnostik und Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen.
6	Indikationen / Diagnosen	ICD-9: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Schizophrenie
7	7a Fragestellung	Untersuchung der Veränderbarkeit der Borderlinepathologie und der psychosozialen Integration von zweifelsfrei diagnostizierten Borderline-Patienten durch ein gruppenpsychotherapeutisches Behandlungsmodell. Untersuchung der längerfristigen Wirkung der angewandten Behandlungsmethode.

	7b Zielsetzung	<p>Übergeordnete Fragestellung:</p> <p>„Wie verändern sich Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zeitraum von etwa drei Jahren <u>nach</u> einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung in ihrer diagnostischen Einschätzung, ihrer Psychopathologie und ihrer psychosozialen Integration im Verhältnis zu neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten?“</p> <p>Sich daraus ergebende einzelne Fragestellungen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. „Wie stellt sich das Verhalten und Erleben von Borderline-Patienten im Verhältnis zu neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten im störungsspezifischen Bereich der Borderline-Pathologie dar?“2. Wie ist die allgemeine Psychopathologie der Borderline-Patienten gegenüber den neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten zu bewerten?3. In welcher Weise sind Borderline-Patienten hinsichtlich allgemeiner Veränderungsdimensionen des Erlebens und Verhaltens gegenüber neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten verändert?4. Wie stellen sich Borderline-Patienten in bestimmten Persönlichkeitsdimensionen gegenüber neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten dar?5. Wie gestaltet sich die psychosoziale Integration der Borderline-Patienten bzgl. Arbeitsfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Veränderungen in Partnerschaft und Familie und weiterer Behandlungen im Untersuchungszeitraum gegenüber neurotisch-depressiven und schizophrenen Patienten?“ <p>Vergleich des borderline-spezifischen Verhaltens und Erlebens von ausschließlich Borderline-Patienten direkt nach einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung mit den entsprechenden Verhaltens- und Erlebensdimensionen ca. drei Jahre nach Beendigung der psychotherapeutischen Intervention. Klärung der Frage, inwieweit es zu einer Veränderung oder Stabilisierung von möglichen Therapieeffekten gekommen ist.</p> <p><u>Zentrale Untersuchungshypothesen:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Der Verlauf der Entwicklung von Borderline-Patienten wird sich von dem der Kontrollgruppenpatienten unterscheiden und zu ⁴⁵⁹ bezogen auf die unter 1. bis 5. genannten Bereiche.
--	-----------------------	---

		<p>2. „Das Ausmaß borderlinespezifischer Symptomatik der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verringert sich mit der Dauer der Erkrankung. Darüber hinaus trägt die gruppenpsychotherapeutische Behandlung dieser Patientengruppe zur Reduktion von borderlinespezifischem Erleben und Verhalten bei. Dies bildet sich sowohl direkt nach der Beendigung der ambulanten Gruppentherapie ab und ist im Weiteren zu einem zeitlich späteren Nachuntersuchungszeitpunkt festzustellen.“</p>
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Erwachsene</p> <p><u>Borderline-Persönlichkeitsstörung:</u></p> <p>DIB (Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten): Beurteilung durch 2 Beurteiler</p> <p>Rorschach-Test : Bestätigung der Diagnose durch weiteren, unabhängigen Beurteiler (borderline spezifische Abwehr)</p> <p><u>Depression und Schizophrenie:</u></p> <p>Klinisches Urteil der DIB-Interviewer; Ergebnisse des Rorschach-Tests und diagnostische Kriterien der ICD-9.</p>
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>100 Sitzungen ambulante klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie mit zwei Sitzungen pro Woche, Gesamtdauer: „Gut ein Jahr“.</p> <p>5 geschlossene Gruppen mit 7-10 Patienten, diagnostisch gemischte Zusammensetzung (2-4 Borderline-Patienten, 3-4 neurotisch-depressive Patienten und 1-2 schizophrene Patienten. Jeweils zwei Therapeuten (Gruppentherapeuten immer männlich; Co-Therapeuten männlich oder weiblich).</p> <p>Die Behandlungsziele der Gruppentherapie waren auf die BPS-Patienten ausgerichtet.</p> <p>Darüber hinaus erhielten die Patienten zusätzliche Behandlungen, teilweise auch Nachbehandlungen und waren zum Teil auch noch in stationärer Behandlung, teilweise fortlaufende nervenärztliche Behandlung und Psychopharmaka-Therapie (s. Kap.V.4.).</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keins
11	Studiendesign	Vergleich von drei Diagnosegruppen, die fast alle die gleiche Behandlung erhielten; 5

		<p>Behandlungsgruppen.</p> <p>Vergleich innerhalb einer Diagnosegruppe (BPS) zu unterschiedlichen Zeitpunkten.</p>
12	Zahl der Zentren	<p><u>2</u>:</p> <p>Poliklinik der Psychiatrischen und Nervenlinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf und weil die Anzahl der katamnestizierten Kontrollgruppen-Patienten zu gering war 2. Teilstichprobe Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität Lübeck (nur Depression und Schizophrenie).</p> <p>Vergleichbarkeit der Studiendurchführung in den einzelnen Zentren war nicht gegeben:</p> <p><u>UKE</u>: allen in die Untersuchung einbezogenen Patienten wurde die Möglichkeit angeboten, an einer ambulanten Gruppenpsychotherapie teilzunehmen</p> <p><u>Klinik für Psychiatrie Univ. Lübeck</u>: Möglichkeit von Inanspruchnahme von ambulanter Gruppentherapie bestand nicht. Die Pat. dieser Stichprobe wurden im Katamnesezeitraum vorwiegend stationär psychiatrisch behandelt. Der Anamnesefragebogen kam hier nicht zum Einsatz.</p>
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Entfällt
15	Beobachtungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> - PRAE: Erstuntersuchung vor Gruppentherapie - POST: 1,5-2 Jahre nach der Erstuntersuchung (= nach Beendigung der Gruppentherapie). - KATA: 2 Jahre nach der POST-Untersuchung
16	16a Zielkriterien	Boderlinespezifische Symptome in den Bereichen soziale Integration, Impulskontrolle, Affekte, psychotische Symptome und zwischenmenschliche Beziehungen.

	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - ICD-9 - Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten (DIB) (semistrukturiertes Interview) - Global Assessment Scale (GAS) (Fremdbeurteilungsskala, dt. Version: „Skala zur Einschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung“ PSB) - Anamnesefragebogen - Katamnesefragebogen - FPI (Halbform A und B) - Gießen-Test (Selbst- und Idealbild) - Paranoid-Depressivitäts-Skala (PDS bzw. PDS') (Selbsteinschätzungsfragebogen) - Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) - Borderline-Syndrom-Index (BSI) Selbstbeurteilungsfragebogen)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>43 Patienten, bei denen eine Erstuntersuchung und zumindest eine Nachuntersuchung durchgeführt wurden.</p> <p>Keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation).</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p><u>Teilstichprobe UKE:</u></p> <p>14 Pat. mit BPS, 7 mit Schizophrenie, 9 mit Depression</p> <p><u>Teilstichprobe Klinik für Psychiatrie Univ. Lübeck:</u></p> <p>6 Pat. mit Schizophrenie, 7 mit Depression</p> <p>2 BPS-Patienten beendeten die Gruppentherapie vorzeitig.</p> <p><u>Untersuchung von Borderline-Patienten zu zwei unterschiedlichen Nachbefragungszeitpunkten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 24, ambulantes psychiatrisches Patientenkollektiv; ➤ 4 männlich, 10 weiblich, Durchschnittsalter 27,6 Jahre; ➤ 19 erhielten GT-Gruppentherapie, davon 6 vorzeitige Beendigungen; 5 erhielten keine GT-Gruppentherapie. ➤ Drop-outs sind in die POST-Messung miteinbezogen

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ PRAE-POST: durchschnittlich 23,3 Monate ➤ POST-KATA: durchschnittlich 25,5 Monate; N=14, alle hatten an GT-Gruppentherapie teilgenommen; 2 Drop-outs, sind in die Kata-Messung miteinbezogen.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Die Angaben liegen getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (Alter, Geschlecht, Katamnesezeitraum, Familienstand, Schulbildung, berufliche Tätigkeit, aktueller beruflicher Status, psychotherapeutische Nachbehandlung, usw.)</p> <p>Es gibt relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schulbildung, beruflicher Status, aktuelle Erwerbssituation (letzteres stat. sign.). ➤ Mischung aus ambulanten und stationären Patienten. Verhältnis in den einzelnen Diagnosegruppen nicht ersichtlich. <p>Es ist nicht ersichtlich, welche Behandlungen gleichzeitig mit der ambulanten Gruppentherapie erfolgten. Behandlungsgleichheit fraglich.</p>
20	Ergebnisse	<p><u>Bereich „soziale Anpassung“</u>: keine nennenswerten Veränderungen im Nachuntersuchungszeitraum bei allen Diagnosegruppen.</p> <p><u>Bereich „Impulskontrolle“</u>: Abnahme der Symptome, insbesondere Suizidhandlungen, manipulative Suizidrohungen, Selbstverletzungen und Impulsdurchbrüche bei Patienten mit PBS (stat. bedeutsam). Bei den beiden anderen Gruppen geringfügigere Abnahme.</p> <p><u>Bereich „Affekte“</u>: Rückgang von Wut, Depression, dysphorischem Erleben und innerer Leere bei PBS und depressiven Patienten. Keine Veränderungen bei den schizophrenen Patienten.</p> <p><u>Bereich „psychotische Symptome“</u>: Stat. bedeutsamer Rückgang von Derealisation und Depersonalisation bei PBS- und</p>

		<p>schizophrenen Patienten. Größter Rückgang bei BPS-Patienten. Depressive Patienten zeigten schon zu Beginn kaum solche Symptome.</p> <p><u>Bereich „Zwischenmenschliche Beziehungen“:</u> Beeinträchtigungen in diesem Bereich verändern sich bei allen Diagnosegruppen über die Zeit, allerdings nur mäßige Verringerung bei PBS-Patienten über die Zeit.</p> <p><u>DIB-Gesamtwert:</u> BPS-Patienten weisen zum Katamnesezeitpunkt bedeutsam weniger borderlinespezifische Symptome auf, als zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung (stat. hochsignifikant). Zum Katamnesezeitpunkt erfüllen nur noch 2 BPS-Patienten (14%) die DIB-Kriterien für die Diagnose einer BPS.</p> <p><u>BSI</u> Abnahme der Borderline-Symptomatik zum Nachuntersuchungszeitpunkt bei allen drei Gruppen.</p> <p><u>Ergebnisse von Borderline-Patienten zu zwei unterschiedlichen Nachbefragungszeitpunkten:</u> (In der Studie werden nur die Ergebnisse des borderlinetypischen Erlebens und Verhaltens (DIBS) dargestellt.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRAE-POST: hoch signifikante Reduzierung des DIB-Gesamtwertes; statistisch bedeutsame Reduzierung des problematischen Erlebens und Verhaltens in den Bereichen Impulskontrolle, Affekt, Psychose und Beziehungen. - POST-KATA: weiterhin Abnahme der borderline spezifischen Symptomatik, allerdings bis auf den Bereich „Psychose“ statistisch nicht signifikant
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben.
22	Fazit der Autoren	Als zentrales Ergebnis wird angegeben: „Die Entwicklung der BPS-Patienten verläuft anders als diejenige der schizophrenen und depressiven Patienten. Es kommt ca. 2,5 Jahre nach Beendigung der Therapie insgesamt zu einer Reduktion der borderlinespezifischen Symptomatik bei den BPS-Patienten,

		insbesondere in den Bereichen des psychosozialen Erlebens und Verhaltens und im Bereich der Impulskontrolle.“ Ergebnisse unterstützen das Bild von einem ungleichförmigen Verlauf der BPS.
23	Abschließende Bewertung	<p>Die Studie ist nicht geeignet, die Wirksamkeit von GT-Gruppentherapie zu belegen.</p> <p>Methoden-Kritik:</p> <p>Untersuchung von Borderline-Patienten zu zwei unterschiedlichen Nachbefragungszeitpunkten:</p> <p>Beide Drop-outs sind in die POST-Messung miteinbezogen.</p> <p>Nicht alle Vergleichsgruppenpatienten (Schizophrenie, Depression) erhielten Gruppentherapie. Vergleich der Gruppen mit Rückschluss auf die Wirksamkeit von GT-Gruppentherapie daher nicht zulässig.</p> <p>Die Behandlungsziele der Gruppentherapie waren auf die BPS-Patienten ausgerichtet.</p> <p>Mangelnde Vergleichbarkeit der Gruppen.</p> <p>Verbesserung der Patienten kann nicht sicher auf die GT-Gruppentherapie zurückgeführt werden, wegen zu vieler anderer unkontrollierter Wirkfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - so suchten bspw. etwa die Hälfte aller BPS-Patienten über die ambulante Gruppentherapie hinaus weitere psychotherapeutische Hilfen; - Störvariablen, wie z.B. Medikation nicht dokumentiert und kontrolliert; <p>Keine Kontrolle des Spontanverlaufs.</p> <p>Geringe Fallzahl.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

12.9.8 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

1	Quelle	Satz, P. & Baraff, A. (1962). Changes in the relation between self-concepts and ideal-concepts of psychotics consequent upon therapy
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Unklar.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Fallserie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	<ul style="list-style-type: none"> - South Florida State Hospital, Hollywood, Florida - Grant von Superintendent Dr. A. Eichert. - Kein Bericht von Interessenskonflikten.
6	Indikationen / Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht-paranoide Schizophrenie. - In Bezug auf viele Bereiche heterogene Stichprobe.
7	7a Fragestellung	- Vergleichende Wirksamkeit.
	7b Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Selbst-Ideal-Diskrepanzen sind charakteristisch für inadäquate Selbstorganisation und psychologische Anpassung. - Klientenzentrierte Therapie (CCT) reduziert diese Diskrepanzen. - Aber: kein störungsbezogenes Veränderungsmaß.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Einschluss nach bestimmten Kriterien, die genannt werden.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- 10 Wochen jeweils 13 Stunden Beschäftigungs-/Ergotherapie ('occupational') + 2 Stunden Gruppentherapie (N = 4)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Wochen jeweils 13 Stunden Beschäftigungs-/Ergotherapie ('occupational') (N = 4) - Kontrollgruppe wurde Beschäftigungs-/Ergotherapie entzogen (N = 8)
11	Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> - Unklar in Bezug auf die Aussagefähigkeit des Designs. - Unklar bzgl. Des Zielsymptoms.

12	Zahl der Zentren	- 1.
13	Randomisierung	- Als Begriff.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Nein.
15	Beobachtungsdauer	- Prä, Peri, Post Therapie
16	16a Zielkriterien	- Q-Sort zu Selbst-Ideal-Diskrepanz
	16b Zielkriterien-Erfassung	- Q-Sort zu Selbst-Ideal-Diskrepanz
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine genaueren Angaben, ansonsten siehe 9./10..
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	- Teilweise dokumentiert.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Unklar, wahrscheinlich nicht.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden Tabellen mit Korrelationen berichtet. - In der ersten Bedingung mit Gruppentherapie verändern sich 2 Personen in Bezug auf eine höhere Korrelation zwischen Selbst und Ideal-Selbst (in diesem Fall .2-.21), in der Gruppe ohne Gruppentherapie verändert sich nur eine Person zum Positiven (.35) - In beiden Treatmentgruppen zusammen verbessern sich 3 Personen, in der Kontrollgruppe jedoch 6.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Nicht beschrieben bzw. angesprochen.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Erklärungen für das unerwartete Ergebnis werden gegeben. - Siehe 7b, 10,11
23	Abschließende Bewertung	- Aufgrund schwerer methodischer Mängel zur Bewertung nicht heranzuziehen.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	- Keine.

1	Quelle	Teusch L, Beyerle U, Schenk GK, Stadtmüller G: Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. (An empirical contribution to client-centered psychotherapy for schizophrenic patients). GwG-Info; VOL: 55; p.79-91 /1984/. Ref ID: 2478
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Angabe – es handelt sich um eine Beobachtungsstudie bei stationären Patienten unter klientenzentrierter, kombinierter Einzel- und Gruppentherapie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Wissenschaftliche Begleitung einer stationären Behandlung. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Keine Angaben Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? nein
6	Indikationen / Diagnosen	Nennung von Indikationen bzw. Diagnosen und Behandlungsziel. Berücksichtigung der durch den Wissenschaftlichen Beirat genannten Anwendungsgebiete. ICD-10 Schlüssel Subakut oder chronisch schizophrene Patienten ICD-? 295/ “postremissives Erschöpfungssyndrom“ Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? Schwer zu beurteilen. Es erfolgt eine interne Einteilung in vier Gruppen: „autistisch“, „minimal gestört“, „blande-gestört“, „flach-unkritisch“. Später werden noch ICD-Einteilungen genannt: Entsprechend der Untergruppen wird anscheinend von vornherein das therapeutische Vorgehen modifiziert.
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit von GT Vergleichende Wirksamkeit bei klinisch definierten Untergruppen Prozessbeobachtungen nach jeder Einzelsitzung mittels „Klientenerfahrungsbogen (KEB)“ von Eckert und Schwartz Faktorenstruktur bei schizophrenen Patienten soll repliziert werden

	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung Mangel an empirischen GT-Studien zu schizophrenen Patienten abhelfen „...wollen herausfinden, wie schizophrene Patienten die klientenzentrierte Einzeltherapie erleben“
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Wichtig: Stadium und Dauer der Erkrankung: Subakut oder chronisch schizophrene Patienten ICD-9 295 ohne weitere Angaben Alter: Durchschnittsalter 28,6 +- 8,7 Jahre Ausschlusskriterien: Keine Angaben; aus der Studie wurde eine nicht genannte Anzahl Pat. ausgeschlossen, die weniger als 3 Einzeltherapiestunden hatten.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Definition des Verfahrens. „Klienten- bzw. Patientenzentrierte Einzel- und Gruppentherapie“; keine näheren Angaben Methodik der Intervention. Kombinierte GT-Einzel- und Gruppentherapie bei demselben Therapeuten, der auch für medizinische Belange zuständig war./“Realisierung der GT-Basisvariablen“ Frequenz. 1-2 Std. wöchentlich Einzeltherapie über 2-4 Monate (durchschnittlich 9 Std.) und täglich Gruppentherapie Kombination mit anderen Verfahren. Beschäftigungs-, Bewegungstherapie, psychopharmakologische Behandlung. Rahmenkonzept: „Therapeutische Gemeinschaft“ Therapeutenmerkmale. 4 GT-erfahrene Therapeuten unter Supervision Einzel- oder Gruppentherapie. Kombinierte Einzel- und Gruppentherapie Stationär oder ambulant. Stationär
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keine
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, parallel / crossover Kein Therapievergleich
12	Zahl der Zentren	Ein (ungenanntes) Zentrum
13	Randomisierung	Keine Randomisierung
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Entfällt
15	Beobachtungsdauer	Prozessbeobachtung und Vorher-Nachher-Untersuchung in Bezug auf stationäre Behandlungsepisode von 2-4 Monaten Dauer. Keine Katamnese

16	16a Zielkriterien	<p>Hier die Zielkriterien (outcomes) nennen, die von den Autoren als die primären bzw. hauptsächlichen Zielkriterien genannt wurden, z.B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basisstörungen, gemessen mit Frankfurter Beschwerdefragebogen (FBF) 2. Beziehung zu den diagnostischen Untergruppen „autistisch“, „minimal gestört“, „blande-gestört“, „flach-unkritisch“. Später noch Einteilung und Vergleich zwischen ICD 295.1 und 295.3 - 8 3. Klinische Besserung (Behandlungserfolg) laut Expertenurteil
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien (z. B. Interview, Untersuchung, standardisierte Fragebögen, prospektiv, retrospektiv)? Frankfurter Beschwerdefragebogen (FBF) Psychopathologische Einschätzung dreier Ärzte auf 4-stufiger Besserungs-Skala</p> <p>Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? Entfällt</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Keine Power-Kalkulation. 60 Schizophrene Patienten gehen in die Auswertung ein von unbekannter Grundgesamtheit</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen. Interne Aufteilung in vier Patientengruppen: „autistisch“, „minimal gestört“, „blande-gestört“, „flach-unkritisch“, die von vornherein jeweils unterschiedlich behandelt wurden.</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Nicht ausgeführt Analyse Nach Behandlungsstunden, Durchschnitt über alle Behandlungsstunden hinweg und im Vorher-Nachher-Vergleich (klinische Besserung)</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten. Keine Angaben</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine Angaben
20	Ergebnisse	Angegeben wird eine unterschiedlich ausgeprägte Besserung je nach Psychopathologie.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Werden nicht genannt
22	Fazit der Autoren	<p>Schizophrene Patienten erleben GT als hilfreich und weiterführend. Verschiedene diagnostische Gruppen unterscheiden sich diesbezüglich</p>

		Je geringer der Störungsgrad (Basisstörung), umso hilfreicher die Behandlung.
23	Abschließende Bewertung	<p>Studiendesign ist nicht geeignet, die spezifische Wirksamkeit der Methode (GT) weder ambulant noch stationär nachzuweisen: Die Resultate lassen sich mangels Kontrollgruppe und unbekannter Selektion der Stichprobe weder der Behandlung generell noch einer Intervention im Besonderen zuordnen.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung</p> <p>Keine Relevanz für die ambulante Versorgung.</p>

12.9.9 Indikationsübergreifende Studien

1	Quelle	Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Staudinger, T. (1994). Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. PPMp, 44, 432-439
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- prospektive Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe - Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	- stationäre Psychotherapie - keine Hinweise auf Interessenkonflikte
6	Indikationen / Diagnosen	- heterogene, neurotische Patienten - 3 Gruppen nach DSM-III 1. dysthyme (depressive) Neurosen 2. Angststörungen 3. sonstige/Anpassungsstörungen
7	7a Fragestellung	- differentielle Wirksamkeit - Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	Verändern sich bei gesprächspsychotherapeutisch fundierter stationärer Psychotherapie depressionsstypische Kognitionen?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- keine Ausschlusskriterien genannt
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- stationäre Psychotherapie: 1 x Woche Einzel-, tägliche Gruppengespräche, Begleittherapien - kein kognitives oder Verhaltenstraining - Therapeuten in gesprächstherap. Ausbildung unter Supervision - < 8 % mit psychoaktiver Zusatzmedikation
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- Entfällt.
11	Studiendesign	- 1 Behandlungsarm
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	- Keine Randomisierung.

14	Concealment („Maskierung“ Randomisierung) der	- Entfällt bei quasi-naturalistischer Untersuchung.
15	Beobachtungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Monate stationäre Psychotherapie - Gruppe 1: Aufnahme, 1-Jahres-Katamnese - Gruppe 2: ehemalige Patienten im selben Setting zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung, 2 Jahre nach Entlassung - Teilweise werden Daten vom Entlassungszeitpunkt mit in die Untersuchungen aufgenommen
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Depressivität - Leistungsfähigkeit und soziale Integration - Kausalattributionen und Coping
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Depressivität: Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (MES); Ratingskala; Skala 4 des Giessen-Test (Grundstimmung) - Leistungsfähigkeit und soziale Integration: eigenes Instrument, in dem beschriebene Items Patienten zur Einschätzung vorgelegt werden; zusätzlich anscheinend Fremdrating aufgrund von Krankenakten; unklar beschrieben - Kausalattributionen und Coping: Kausalattributionen-und-Coping-Fragebogen (KCF) von Böhme (1992)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Testplanung.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Tabellarisch dargestellt - Alter: ca. 33 Jahre - Gruppe 1: Zeitpunkt 1 N = 58, Zeitpunkt 2 N = 42 - Gruppe 2: Zeitpunkt 1 N = 73, Zeitpunkt 2 N = 50 - Keine ITT-Analyse
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - tabellarisch dokumentiert. - Gruppe 1 hatte längere Vorbehandlung als Gruppe 2, ansonsten keine Unterschiede in den angegebenen Daten - Behandlungsgleichheit wird von Autoren implizit vorausgesetzt - Keine Angaben zu nachfolgenden Therapien
20	Ergebnisse	- Die behandelte Gruppe (2) unterscheidet sich erwartungskonform von der gerade aufgenommenen Gruppe (1) in den relevanten

		<p>Zielparametern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Einfluss der Vorbehandlungsdauer vor Aufnahme - Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zum Zeitpunkt 2 (d.h.: Gruppe 1 -> 1-Jahres-Katamnese, Gruppe 2 -> 2-Jahres-Katamnese) - Die entscheidende Verbesserung tritt während der stationären Therapie ein - 2x2x3 MANOVA mit kognitionsbezogenen AVn: Haupteffekt für Depressivität, Haupteffekt für Zeitpunkt (behandelt vs. nicht), Interaktionseffekt Zeitpunkt x Depressivität
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Keine Angaben.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Kausalattributionen und Kognitionen verändern sich erwartungskonform unter stationärer, gesprächstherapeutisch fundierten Psychotherapie - Diese Veränderung unterscheidet untherapierte von therapierten Patienten auch bei gleichem Depressivitätsgrad - Kognitive Umstrukturierung scheint also auch ‚indirekt‘ stattzufinden
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Atypisches Design: verglichen werden zwei unabhängige Gruppen zu jeweils verschiedenen Zeitpunkten (Gruppe 1: Aufnahme, 1-Jahres-Katamnese; Gruppe 2: 1 Jahr und 2 Jahre nach stationärer Psychotherapie) - Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei komplexer Gesamtbehandlung - Kritik: multiple t-Tests ohne Kontrolle der Fehlerkumulation - Keine Angabe von Effektgrößen - Ebenso: evtl. Power-Problem bei MANOVA - Dem Fazit der Autoren in Bezug auf therapierte vs. untherapierte Patienten kann nicht gefolgt werden, da hier aufgrund der Gruppenkonstellation a) im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse eine (unbehandelte) Vergleichsgruppe fehlt, und b) die Ergebnisse im Hinblick auf Prozessvariablen allenfalls hypothesengenerierenden, nicht jedoch beweisenden Charakter haben
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Stationäre Psychotherapie: Problem des Nachweises der Wirksamkeit eines Bausteines bei

		komplexer Gesamtbehandlung Keine Relevanz für ambulante Versorgung.
--	--	--

1	Quelle	Böhme H, Finke J, Teusch L. Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. [Effects of inpatient client-centered psychotherapy in various illness: 1-year follow-up]. Psychosom Med Psychol 1998; 48 (1):20-9.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Katamnesestudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Durchgeführt an der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Bereich Psychotherapie. Der Bereich Psychotherapie (60 Betten) ist seit 1974 gesprächspsychotherapeutisch ausgerichtet. Ärztliche und nicht-ärztliche Therapeuten erhalten hier Ausbildung und Supervision in Gesprächspsychotherapie.
6	Indikationen / Diagnosen	1990/91 Projekt 1: gemischte Diagnosen. 1992-94 Projekt 2: Angststörungen.
7	7a Fragestellung	Frage nach den spezifischen Wirkfaktoren der Gesprächspsychotherapie in einer stationären Behandlung. Profitieren Patienten mit diagnostisch abgrenzbaren Störungen unterschiedlich vom Behandlungsprogramm? Nutzen gerade Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (Kernthema Beziehung und Vertrauen) das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot?
	7b Zielsetzung	Versuch, die o.g. Fragen durch eine rückblickende Bewertung der Behandlungsmaßnahmen durch die Patienten (Katamnese) zu klären.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Patienten, die bei ihrer Aufnahme psychodiagnostisch mit dem beschriebenen Instrumentarium untersucht wurden.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Gesprächspsychotherapie: einzeln 1x pro Woche (60 Min.), Gruppe 4x pro Woche (90 Min.) und erlebnisaktivierende Therapien: Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie 2x pro Woche (90 Min.). Psychopharmakotherapie. Ein ärztlicher Therapeut betreut ca. 8 Patienten,

		<p>sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie.</p> <p>Ärztliche und nichtärztliche Therapeuten erhalten Ausbildung und Supervision in Gesprächspsychotherapie.</p> <p>Stationäre Verweildauer 10-12 Wochen, bei einigen Patienten anschließend noch ca. 2 Wochen tagesklinische Behandlung.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	keins
11	Studiendesign	naturalistisch
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	<p>Keine.</p> <p>Dass bei den routinemäßigen psychodiagnostischen Untersuchungen Material für eine Studie gesammelt wurde, sei weder den Therapeuten noch den Patienten bekannt gewesen. Die katamnestiche Untersuchung erfolgte durch nicht an der Therapie beteiligte klinische Psychologen und ihre Praktikanten.</p>
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Entfällt. S.o.
15	Beobachtungsdauer	Routinemäßige psychodiagnostische Untersuchung zu Beginn der stationären Behandlung und bei Entlassung sowie Nachbefragung 1 Jahr nach stationärer Behandlung mit den gleichen Instrumenten.
16	16a Zielkriterien	<p>Schweregrad der Erkrankung</p> <p>Depressivität</p> <p>Selbst-Ideal-Diskrepanz</p> <p>Berufliche Situation</p> <p>Inanspruchnahme von Nachbehandlungen</p> <p>Rückblickende Beurteilung der Behandlung</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Clinical Global Impressions (CGI): Rating der Schwere der Erkrankung</p> <p>Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMES): Depressivitätsmaß</p> <p>Gießen-Test, Selbst- und Idealbild</p> <p>Erfragen von beruflicher Situation,</p> <p>Inanspruchnahme von Nachbehandlungen und rückblickende Beurteilung der Behandlung in der Katamnese.</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	272 bei ihrer stationären Aufnahme psychodiagnostisch mit dem beschriebenen Instrumentarium untersuchte Patienten.

		Keine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation).
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>202 (Rücklaufquote 74%) dieser Patienten konnten ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung nachbefragt werden.</p> <p>Von den nicht mehr erreichbaren Patienten: 2 erfolgreiche Suizide, bei 10 keine postalische Ermittlung möglich, bei 31 aus „vermeintlich praktischen Gründen (Berufstätigkeit, zu langer Anfahrtsweg)“ keine Nachbefragung möglich, der Rest willigte nicht in eine Nachuntersuchung ein.</p> <p>Analyse der Drop-outs ergab eine im Mittel um 3 Jahre kürzere Erkrankungsdauer, waren um 2 Jahre jünger als der Durchschnitt der Patienten, fühlten sich um 2 Punkte in der BRMES weniger depressiv und in der Gießen-Test E-Skala um 2,5 T-Einheiten weniger extrem. Annahme, dass die schwerer Erkrankten nachuntersucht wurden.</p> <p>Bei 31,7% der nachuntersuchten Patienten Psychopharmaka-Behandlung während der stationären Maßnahme.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Keine unterschiedlichen Behandlungsgruppen untersucht.</p> <p>Angaben zu Patientenmerkmalen, Erst- und Zusatzdiagnose nach ICD-10 liegen in tabellarischer Form vor.</p>
20	Ergebnisse	<p><u>CGI-Werte (Schwere der Erkrankung):</u></p> <p>Zwischen Aufnahme und Entlassung tritt eine hochsignifikante Minderung der Erkrankungsschwere ein, die sich bis zur 1-Jahres-Katamnese weiter fortsetzt.</p> <p>Die Besserung der CGI-Werte war unabhängig von soziodemographischen Variablen.</p> <p>Ein guter Erfolg war mit einem höheren Aufnahme-CGI (höhere Erkrankungsschwere) assoziiert.</p> <p>Patienten mit der Zusatzdiagnose Persönlichkeitsstörung (F6) oder Persönlichkeitsstörung und Suchtverhalten (F1) erzielten eine signifikant geringere Abnahme ihrer Erkrankungsschwere.</p> <p>Die stärkste Nachbesserung nach Entlassung zeigten Patienten, die weiter keine Behandlung in Anspruch nahmen und Patienten, die an einer regelmäßigen ambulanten Psychotherapie teilnahmen.</p>

		<p><u>BRMES (Rating Depressivität) und Gießen-Test (Persönlichkeitsvariablen):</u></p> <p>Hochsignifikante Besserung bei den Variablen BRMES (Depressivität) Gießen-Test PR (soziale Resonanz, Gefühl von anderen akzeptiert zu werden), DE (Grundstimmung, kognitive Depressivität) RE (Durchlässigkeit vs. Verslossenheit), SP (soziale Potenz vs. Inkompetenz), E (Extreme Gefühle der Anomalität) und SID (Selbst-Ideal-Diskrepanz) erzielt. Diese Besserungen werden schon während der stationären Therapie erreicht.</p> <p>Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Therapieerfolg zwischen den Erstdiagnosegruppen. Schluss der Autoren: Gesprächspsychotherapie ist bei jeder Gruppe wirksam.</p> <p><u>Katamneseinterview:</u></p> <p>Keine Erhöhung des Anteils Berufstätiger (bei Aufnahme 69,3% berufstätig; zum Zeitpunkt der Katamnese 68,3%).</p> <p>32,2% der Patienten beanspruchten keine Nachbehandlung mehr; 4,5% noch gelegentlich stützende Gespräche bei einem Psychiater, 6,2% psychiatrisch-medikamentöse, 32,8% eine rein psychotherapeutische Behandlung, 10,7% Psychotherapie und Psychopharmaka.</p> <p>Stationäre Wiederaufnahmerate betrug 13,6 %.</p> <p>Rückblickend wurden von den Patienten das Einzelgespräch (59,6%), das Gruppengespräch (58,4%) und das Zusammensein mit anderen Patienten (56,9%) als besonders hilfreich eingeschätzt (Bewegungstherapie 29,5%, Ergotherapie 25,0%). „Gelobt“ worden sei die „gute Kombination“.</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Keine beschrieben.
22	Fazit der Autoren	Gesprächspsychotherapie und die Verwirklichung der Grundhaltungen auf der gesamten Station (durch Pflegepersonal, Beschäftigungs- und Ergotherapeuten) ist bei der stationären Behandlung schwer und chronisch Kranker wirksam. Die rückblickende Beurteilung durch die Patienten weist GT als entscheidenden Wirkfaktor aus.
23	Abschließende Bewertung	Naturalistische Studie mit interessanten Ergebnissen zur Entwicklung nach stationärer Behandlung. Der Rückschluss, allein aus der

		Katamnese-Befragung, dass GT der entscheidende Wirkfaktor ist, erscheint anhand der Daten nicht gesichert (keine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe).
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Kein Wirksamkeitsnachweis wegen fehlender Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. Keine Übertragung auf die ambulante Versorgung möglich, da andere Therapiedosis (Komplexbehandlung) und Behandlung in einem geschützten Rahmen bei Entlastung vom Alltag.

1	Quelle	Bommert, H., Minsel, W.-R., Fittkau, B., Langer I. und Tausch, R. Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei psychoneurotischen Klienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie. 1972; Vol 1(1): 48-63
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Zuordnung wg. Alter der Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe Vorgehen: Bildung von nach Geschlecht, Alter, Beruf, IQ und neurotischer Tetrade des MMPI vergleichbaren Paaren, zufällsmäßige Zuordnung zu Therapie- und Wartegruppe, einige Ausnahmen, wo keine Paarbildung möglich war, hier auch zufällsmäßige Zuordnung
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Psychotherapeutische Beratungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Hamburg. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? nein
6	Indikationen / Diagnosen	Unausgelesene Patientengruppe, keine Diagnostik. diagnostisch oder heterogene Population
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit der GT? Auch Frage nach Zusammenhang zwischen Prozess und Ergebnis?
	7b Zielsetzung	Wirkt GT bei psychoneurotischen Patienten? Besteht ein Zusammenhang zwischen bestimmten Verhalten von Therapeuten und Patienten für das Ergebnis.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine, alle Pat. in einem bestimmten Zeitraum des Jahres 1968
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	GT als Einzeltherapie. 13 GT-Therapeuten, (Psychologen) davon 6 ‚erfahren‘. Gleichgeschlechtliche Zuordnung. Wöchentliche Gespräche über 8-9 Wochen. Durchschnittlich 6 Kontakte, ambulant.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keines, Wartegruppe
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme 1r
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Begriff nicht erwähnt, Vorgehen s. oben

14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	nein
15	Beobachtungsdauer	8-9 Wochen, keine Katamnese
16	16a Zielkriterien	<p>Hier die Zielkriterien (outcomes) nennen, die von den Autoren als die primären bzw. hauptsächlichen Zielkriterien genannt wurden, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit: Erfassung der psychischen Veränderungen durch Tests, hier vor allem MMPI. <p>Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Verwendet wurden MMPI, EPI (Eysenck) D-Skala (Bastine) Der LPS (Horn) Leistungsfragebogen, Strupp-Fragebogen (globale Verbesserung oder Verschlechterung)</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>s.o. unter 16 a</p> <p>Prozess-outcome Erfassung durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - SE-Skala n. Truax - VEE-Skala nach Truax, mod. von Tausch - Einschätzung des Therapeutenverhaltens durch Pat. (Barrett-Lennard-Bogen) - Einschätzung des Therapieverlaufs durch Ther. Einschließlich Einschätzung der SE des Pat. und der eigenen VEE?
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Insgesamt 44 Pat., davon 22 Therapiegruppe (18 männl., 4 weibl.) Alter durchschnittlich 24, überwiegend Studenten</p> <p>Wartegruppe ebenfalls 22 Pat., 15 männl. 7 weibl. Drop-outs werden nicht erwähnt (keine)</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Keine Tabellen, nur allgemeine Angaben?</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Nicht ersichtlich</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Globales Ergebnis: Psychotherapiepat. zeigen nach der Behandlung weniger Neurotizismus, weniger Introversion, günstigere Selbstdarstellung, Verminderung in allgemeinem-sozialen Wissen Allerdings sind die Ergebnisse bei der relativ kleinen Gruppe nicht konstant. Es gab auch keine Änderungen oder Verschlechterungen (wie viele?).</p>
21	Unerwünschte	Nicht bekannt, Verschlechterungen?

	Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Stichwortartige Zusammenfassung der Schlussfolgerungen. Besserung der Patientengruppe dokumentiert durch Testergebnisse. Kein durchgängiger Zusammenhang zwischen Prozessvariablen und Änderungen der Pat.
23	Abschließende Bewertung	Kritik: unklar, welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden. Methodische Einwände: 10% Signifikanzniveau Keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der GT in der Krankenbehandlung (benannte Beschwerden umschließen fast ausschließlich Störungen ohne Krankheitswertigkeit) Keine Diagnosen, kleine Gruppe, kurze Behandlungsdauer, Keine Klinisch Relevanten Endpunkte.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Bommert,H. Mann, F., Strauß H. Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie. 1975; Vol. 4(4):239-249
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	nicht randomisierte Vergleichsgruppe,
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe Vergleich Therapiegruppe-Wartegruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Studentenberatungsstelle des Psychologischen Instituts der Universität Münster Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte? Nein
6	Indikationen / Diagnosen	Heterogene Population von Studenten mit Bedarf an Beratung oder Psychotherapie im Jahr 1971-1972-
7	7a Fragestellung	Korrelieren Erwartungshaltungen im Hinblick auf die Psychotherapie mit positiven Therapieergebnissen, wenn die Erwartungshaltung mit einem wesentlichen Konzept der Therapiemethode übereinstimmt?
	7b Zielsetzung	Verglichen werden Therapiegruppe und Wartegruppe nach Befragung mit einem Erwartungsfragebogen EFK und Messung der psychischen Veränderung mit diversen Tests
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Gesprächspsychotherapie, wesentliches Kriterium, das als GT-spezifisch angesehen wurde: aktives Therapeutenverhalten, das der Erwartung auf, offenes, persönliches Sich-aussprechen-können entgegenkommt. Einzeltherapie
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	entfällt
11	Studiendesign	entfällt
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Nicht randomisiert,

14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	nein
15	Beobachtungsdauer	8 Wochen, kein Katamnesezeitraum.
16	16a Zielkriterien	Besserung erfasst mit FPI, Leistungsprüfung LPS, SFK (subjektive Selbsteinschätzung, Fragebogen nach Mehnert (GT-spezifischer Veränderungsfragebogen
	16b Zielkriterien-Erfassung	Messung der Erwartungshaltung mit einem spezifischen Fragebogen, dessen Ergebnisse auf 6 (Teil A) und 3 Teil B wesentliche Faktoren reduziert?
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Nicht spezifisch geplant?
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	17 Pat. in Therapiegruppe, 19 in Wartegruppe
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Wartegruppe und Therapiegruppe wurden weitgehend parallelisiert Geschlecht, IQ, Ausmaß der Störung Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? Ja
20	Ergebnisse	Pat. mit einer dem Konzept der GT entsprechenden Erwartungshaltung haben positive Veränderungen durch GT. Solche mit extremen Erwartungen korrelieren negativ. Allerdings korrelieren auch nicht GT-spezifische Erwartungen mit guten Ergebnissen.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	nein
22	Fazit der Autoren	Pat. mit einer dem Konzept der GT entsprechenden Erwartungshaltung haben positive Veränderungen durch GT. Solche mit extremen Erwartungen korrelieren negativ. Allerdings korrelieren auch nicht GT-spezifische Erwartungen mit guten Ergebnissen.
23	Abschließende Bewertung	Kritik: unklar, ob und welche Störungen von Krankheitswert behandelt wurden, Erfahrung der Therapeuten unklar Methodische Einwände: 10% Signifikanzniveau An einer Stichprobe von 17 Pat. werden innerhalb von 8 Wochen mit GT positive therapeutische Veränderungen im Vergleich zu einer Wartegruppe erzielt. Da jedoch nicht angegeben wird, wie viele der ohnehin kleinen Gruppe welche Erwartungen hatten und wie dies wiederum mit den Ergebnissen korreliert, ist zu vermuten, dass die

		<p>geschilderten Besserungen alle möglichen Gründe haben können, auch die von den Autoren angenommenen, aber auch andere.</p> <p>Keine Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen der GT möglich</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Unklare Stichprobe, keine Diagnostik, kurze Behandlungsdauer, keine Differentialindikation zwischen Psychotherapie und Beratung.</p> <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p> <p>Nicht übertragbar auf ambulante Versorgung</p>

1	Quelle	Eckert J ,Frohburg I , Kriz J Therapiewechslers-Differentielle Therapieindikation durch die Patienten?Zeitschrift Psychotherapeut 2004 49; 415-426
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Fallstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Fall-Kontroll-Studien
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Publikation durch Meinungsbildner der GT
6	Indikationen / Diagnosen	Es überwogen in den ursprünglichen Stichproben affektive Störungen (n=12) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (n=17) sowie Persönlichkeitsstörungen (n=6). Essstörungen (n=1), Schizophrenie (n=1) Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population? 80% Frauen ,20% Männer (n=20) mit Vorerfahrung Vgl. mit Gruppe Frohburg (n=14)
7	7a Fragestellung	Anhand einer Umfrage wurden PatientInnen generiert, die nach einer Richtlinien-therapie, die abgebrochen oder ineffektiv war , eine GT bekamen
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob GT bei PatientInnen wirkt , die eine RL-Therapie vorher hatten und ob es einen Grund hierfür i.S des AMP's gab
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Wichtig: Genaue Dauer der Vorbehandlungen war nicht in jedem Fall eindeutig feststellbar; hohe Streubreite; analytische Verfahren im Durchschnitt 175h (15-600 h) ; VT durchschnittlich 30h (12-50h) GT durchschnittlich 86h (21-204 h) 1Pat. mit Schizophrenie (1500 h) 2 Pat., deren Behandlung zum Erhebungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen war, 2 Pat. ohne Angaben, insgesamt n= 20 (statt n=25)mit Vorerfahrung
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Gesprächspsychotherapie ambulant

10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	25 Pat. mit Vorerfahrung , davon 20 inkludiert (n=10 Psychoanalyse , n=2 Tiefenpsychologisch-fundiert , n=11 Verhaltenstherapie)
11	Studiendesign	Es wurden die Pat. nach den Gründen für den Misserfolg der vorhergegangenen Therapie gefragt 1. Erfolglosigkeit 2. Person des Therapeuten 3.therapeutisches Modell 4. Krankheitsmodell Angaben der TherapeutInnen, bei denen die Wechsler in Behandlung waren, danach Befragung der Pat.
12	Zahl der Zentren	Entfällt , da Durchführung von verschiedenen GT-TherapeutInnen, die sich auf die Veröffentlichung hin meldeten
13	Randomisierung	nein
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	nein
15	Beobachtungsdauer	Hier: Anzahl der Sitzungen GT, im Durchschnitt 86 Stunden (21-204h) , bei Frohburg (n=14 53h)
16	16a Zielkriterien	Gründe für den Wechsel bzw. die Wirkungslosigkeit der vorhergehenden Verfahrens: - Person des Therapeuten - Therapeutisches Modell - Krankheitsmodell (entspr. AMP) Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? Zum Teil Pat. selber gaben nur Erfolglosigkeit und Person des Therapeuten an (die weiteren Kategorien kannten sie nicht)
	16b Zielkriterien-Erfassung	Durch 3 Rater 1 Rater war Gesprächspsychotherapeut 2 Rater in Ausbildung in einem RL-Verfahren
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? Nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen. Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop- outs) dokumentiert und begründet? Ja (hohe Dauer , noch nicht abgeschlossene

		<p>Therapie)</p> <p>Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)? Nein</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p> <p>entfällt</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1)</p> <p>entfällt</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.) vor? Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? Kleine Fallzahl erschwert Aussage</p> <p>Unterschiedliche Qualifikation der Rater</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?</p> <p>Entfällt da retrospektive Studie</p>
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse.</p> <p>Nach der Raterbeurteilung wurden Erfolglosigkeit 56% , Person des Therapeuten 40 % , therapeutisches Modell 44 % und Krankheitsmodell zu 8% als Ursache des Therapieabbruchs bzw. " refusals" ermittelt</p> <p>Patientenbeurteilung: 24% ist die Person des Therapeuten alleinige Ursache für Wechsel</p> <p>Für 44% der PatientInnen war Erfolglosigkeit nicht die alleinige Ursache</p> <p>(andere Kriterien waren den Pat. unverständlich)</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse:</p> <p>Offensichtlich kommt der Person des Therapeuten eine hohe, aber nicht überwiegende Bedeutung zu; es muss vermutet werden, dass auch ein Wechsel innerhalb des Therapieverfahrens zu einer besseren Wirksamkeit geführt hätte. Allerdings sieht die Stichprobe Frohburg mit n=14 dies von geringerer Bedeutung an.</p>
21	Unerwünschte	entfällt

	Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>Erfolgreich behandelte Therapiewechsler berichteten, sich von der GT besser angesprochen gefühlt zu haben(Frohburg).</p> <p>Es bleibe Aufgabe der Psychotherapieforschung, empirisch gesicherte Kriterien für eine differentielle Therapieindikation zu entwickeln unter Berücksichtigung des AMP.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Aufgrund der geringen Fallzahl, des retrospektiven Designs, Selbstselektion der Therapeuten und der Generierung der Patienten (öffentliche Suche nach erfolgreichen „Wechslern“ bei klientenzentrierten Therapeuten) nur sehr eingeschränkte Aussagekraft.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Studie ist aufgrund des gewählten Designs nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen. Diese Studie unterstreicht die Notwendigkeit zur Entwicklung differentieller Therapieindikationen zur psychotherapeutischen Versorgung</p>

1	Quelle	J.Eckert, E.-M. Biermann-Rajen. Stationäre Gruppenpsychotherapie Prozesse Effekte Vergleiche,; Springer Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo 1985
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Empirische Therapie- Vergleichsstudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Kohorten-Studien
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Forschungsprojekt – Ergebnisse der Routineversorgung über 10 Jahre in der psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg Wert der Arbeit: sinnvolle Verbindung psychotherapeutischer Arbeit und psychologischer Forschung von Psychologen in einer psychiatrischen Klinik. Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenskonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	Gruppenpsychotherapie neurotischer Patienten und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen Es handelt sich um eine diagnostisch heterogene Population.
7	7a Fragestellung	-Beschreibung der Gruppenprozesse, -therapeutische Wirksamkeit der Gruppenprozesse -die Effekte der Therapie unmittelbar im Anschluss an die Behandlung und 2 Jahre nach Abschluss der Behandlung
	7b Zielsetzung	Was leistet stationäre Psychotherapie mit psychiatrischen Patienten? Mit welchen Effekten kann man rechnen? Sind diese Effekte dauerhaft? Welche Prozesse begünstigen den Therapieerfolg und sind diese Prozesse vom Therapeuten beeinflussbar? Unterscheiden sich die Prozesse und die Effekte in den gruppenpsychotherapeutisch und in den psychoanalytisch geführten Gruppen?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Stationäre Psychotherapie auf 3 Monate begrenzt. Wiederaufnahme ausgeschlossen

		<p><u>Ausschlusskriterien:</u> Suchterkrankung, hirnorganische Schädigung; floride oder chronisch psychotische Symptomatik</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> mindestens 2 mussten erfüllt sein</p> <p>Besondere Konfliktsituation musste vorhanden sein; Konflikte im Erleben der Gruppe lösen, sich in der Gruppe zum Konflikt äußern und Fähigkeit haben, emotional auf das Erleben der anderen Gruppenteilnehmer zu reagieren</p> <p><u>Warum stationäre Therapie?</u> Suizidalität oder möglicherweise psychotische Dekompensation unter der Psychotherapie; deutlich pathogenes Umfeld; Individuationskonflikt; Notwendigkeit eines komplexen therapeutischen Settings mit engmaschigen Therapien und Nutzung zwischenmenschlicher und therapeutischer Kontakte</p>
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>Stationäre Gruppenpsychotherapie auf einer Psychotherapiestation</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychoanalytisch geführte Gruppe nach Konzept von Argelander (1972) - gesprächspsychotherapeutisch geführte Gruppe (keine vergleichende Literaturangabe, da bisher kein allgemein anerkanntes Konzept vorliegt; angelehnt an Gruppentherapie von Biermann-Ratjen 1979 und Yalom 1970) <p>Gruppe ist eigenständiger psychotherapeutischer Faktor</p> <p>Gruppentherapie 4x wöchentlich Pflicht</p> <p><u>Therapeuten:</u> 2 klinische Diplompsychologen mit mehrjähriger Berufserfahrung und abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung, regelmäßige Teilnahme eines Praktikanten (Therapeut in Ausbildung) mehr oder weniger aktiv</p> <p>Freiwillig: Beschäftigungstherapie, Sport, physikalische Therapie, Kommunikations - und Kooperationstraining</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dito
11	Studiendesign	2 Behandlungsarme, parallel.
12	Zahl der Zentren	Psychotherapiestation der Psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg - Eppendorf
13	Randomisierung	Nicht beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der	Nicht beschrieben

	Randomisierung)	
15	Beobachtungsdauer	1972-1980; Hauptrekrutierung von 1971-1978 Möglichkeit der ambulanten Nachbehandlung für 1 Jahr nach stationärer Therapie- 1 ambulante Gruppe pro Woche
16	16a Zielkriterien	Welchen Einfluss hat der Gruppenprozess auf den Behandlungserfolg? Wahrnehmung des Gruppenprozesses Vergleich der Unterschiede in der Gruppenerfahrung von Patienten mit unterschiedlichem Therapieerfolg Wie ändern sich Gruppenerfahrungen im Therapieverlauf Was macht den Gruppenprozess therapeutisch wirksam - wie kann man dieses erfassen Inwieweit bestimmt das Krankheitsbild den Gruppenprozess
	16b Zielkriterien-Erfassung	GEB – Gruppenerfahrungsbogen (Selbstbeurteilungsbogen) - Eindrücke und Erfahrungen des Sitzungsverlaufes werden eingeschätzt Fremdeinschätzung der Gruppenprozesse in Anlehnung an eine Arbeit von BREIHOLZ 1973 Heilfaktoren- Q- Scort nach Yalom FPI und Gießen Test
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Power-Kalkulation durchgeführt 208 Patienten; 169 berücksichtigt für Katamnese, 12 Therapieabbrecher und 27, bei denen der Katamnesezeitraum von 2 Jahren schon überschritten war. insgesamt 4 Patientenstichproben I bis IV, sind nicht voneinander unabhängig; Teilstichproben sind einander und der Gesamtstichprobe bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen, Kriterien aus Persönlichkeitstests gleich
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Alter 18-45 Jahre im Mittel 27 Jahre; 54% Frauen und 46% Männer; Therapiedauer 3 Monate, Diagnostisch überwiegend Neurosen und Persönlichkeitsstörungen; klinisch auffälligstes Merkmal waren Suizidhandlungen und Suizidgedanken. Drop outs (5,8%) dokumentiert und begründet Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-

		<p>treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)? Nein</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten. Nicht benannt</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1) Nein</p> <p>FPI und Gießen Test- keine Unterschiede zwischen beiden Psychotherapiegruppen; im Vergleich zu Normwerten Patienten kontaktgestörter, emotional labiler, d.h. neurotischer, depressive Stimmung, mangelndes Selbstvertrauen</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Die Angaben liegen getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer und summarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Diagnosen, Bildungsstand vor</p> <p>Keine relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen</p> <p>Die Gruppen wurden bis auf die Intervention gleich behandelt</p>
20	Ergebnisse	<p><u>Erfahrungen im Gruppenprozess</u></p> <p>Signifikante Zusammenhänge zwischen Selbst und Fremdbeurteilungsbogen in der Beurteilung des Gruppengeschehens.</p> <p>Wichtig für „Hauptakteur“, dass genügend Raum für Selbstdarstellung zur Verfügung steht und dass die Gruppe sich nachfolgend ausreichend emotional auseinandersetzt</p> <p>Gruppenmerkmale „Aktivität“ und „emotionale Beteiligung“ unterliegen im Verlauf der Sitzung erheblichen Schwankungen</p> <p><u>Erfahrungen in Gruppen</u></p> <p>8 interpretierbare Faktoren, eindeutigster Erfahrungsbereich war „Selbständigkeit“ - alle anderen Faktoren verändern ihr Gewicht - 2 Lernformen (Lernen durch andere Gruppenmitglieder, Lernen durch Einsicht), Beziehung zum Therapeuten, Klarheit bzw. Unklarheit, wie man auf andere wirkt, Ausmaß der Hemmungen und Möglichkeiten, sich frei zu artikulieren, Rivalität;</p> <p>Im Vergleich zu anderen Untersuchungen z.B.</p>

		<p>GRAWE et al. unterschiedliche Ergebnisse - Hinweis das durch GEB Unterschiede in den Gruppentherapietechniken sichtbar werden</p> <p><u>Wahrnehmung der Erfahrungsbereiche bei psychoanalytisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten</u></p> <p>Wahrnehmung der Gruppenprozesse hängt von der Art und vom zeitlichen Stand der Behandlung ab</p> <p><u>Vergleich der Wahrnehmung der Gruppentherapieprozesse unter Berücksichtigung des Therapieverlaufes und Therapieerfolgs</u></p> <p>Nur wenige generelle Unterschiede in beiden Gruppenprozessen: PT- Patienten sind der Meinung, dass sich der Therapeut zu sehr von seinem eigenen Standpunkt her äußert, fühlen sich insgesamt stärker beteiligt, beziehen allgemeine Äußerungen mehr auf sich selbst</p> <p>Generelle Unterschiede zwischen erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten: erfolgreiche Patienten haben mehr von der Gruppe gelernt und sind mehr an Situationen aus der Vergangenheit erinnert worden</p> <p>Generelle Veränderungen der Gruppenerfahrung im Therapieverlauf: Faktor „Selbständigkeit“ am eindeutigsten verändert (Maß für Wirksamkeit der Behandlung)</p> <p><u>Beziehung zwischen Behandlungsform und Therapieverlauf:</u> weitgehende Annäherung zwischen beiden Gruppen- Konzentration auf das Hier und Jetzt; Ergebnis spezifisch für Gruppenarbeit mit stationären Patienten</p> <p><u>Therapeutische Wirksamkeit des Gruppenprozesses- die Heilfaktoren und ihre Bedeutung</u></p> <p>Heilfaktoren sind die Erfahrungen der Patienten während der Behandlung.</p> <p>Unterschied in 12 Faktoren, passive Lernerfahrungen spielen untergeordnete Rolle.</p> <p>Gruppenkohäsion spielt keine eindeutige Rolle in beiden Gruppen. Keine Bedeutung für Therapieverlauf.</p> <p><u>Gruppenprozess wird nachhaltig von der Art der psychischen Störung beeinflusst.</u></p> <p><u>Effizienz der GT:</u> durch Therapie Selbstwahrnehmung positiv verändert im Vergleich zu einer Wartegruppe; dies spricht für</p>
--	--	---

		<p>Spezifität der Methode Gruppenbehandlung</p> <p>Ergebnisse der 2 Jahreskatamnese:</p> <p><u>Langfristige Ergebnisse</u></p> <p>Stationäre PT wirkungsvoll; positive Veränderungen in der Persönlichkeit bleiben nach Therapieende erhalten, in einigen Merkmalen tritt erst im Katamnesezeitraum entscheidende Änderung ein.</p> <p>spezifische Veränderungen spricht für Art der Therapieform,</p> <p>beide Therapieformen erfahren im Mittel gleich große Veränderungen;</p> <p>GT fördert die Wahrnehmung und Betonung von Unterschieden zwischen den Gruppenteilnehmern. Dieser Unterschied wird im Katamnesezeitraum wieder aufgehoben.</p> <p>Wesentliche Änderungen finden während der Therapiezeit statt.</p> <p>Langfristig positive Änderung bei den Teilnehmern, die schon während der Therapie Änderung erlebten.</p> <p>GT Patienten nehmen als Maß der Veränderung ihre Beziehungsfähigkeit, PT Patienten ihre Autonomie</p> <p>GT- Gesprächspsychotherapiegruppe PT- psychoanalytisch geführte Gruppe</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>Gruppenpsychotherapie (PT und GT) sehr hilfreiche Behandlung</p> <p>Wahrnehmung einer deutlichen positiven Veränderung in der Persönlichkeit, in erster Linie in Beziehungen zu anderen Menschen, aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt</p> <p>Veränderungen bleiben auch langfristig bestehen oder nehmen sogar zu.</p> <p>Grundlagen für positive Effekte werden in der Therapiezeit geschaffen.</p> <p>Therapieerfolg hängt von der Wahrnehmung des spezifischen therapeutischen Gruppenprozesses ab.</p> <p>Es sind keine Merkmale gefunden worden, die das „Sicheinlassen“ identifizieren.</p> <p>Keine Unterschiede zwischen GT und PT -Gruppe hinsichtlich der Therapieeffekte, wenn sich der</p>

		<p>Vergleich auf die durchschnittlichen Veränderungen beschränkt. Unterschiede liegen im Bezugsrahmen.</p> <p>Bezugsrahmen PT -innere und äußere Autonomie</p> <p>Bezugsrahmen GT- zwischenmenschliche Kontakte,</p> <p>Möglicherweise Veränderung der Grundstimmung genereller Effekt von Gruppentherapie, während Veränderungen von Persönlichkeitsbereichen vom speziellen therapeutischen Vorgehen und der Grunderkrankung abhängen.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Probleme bei der Beurteilung der Katamnese:</p> <p>Kein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe möglich; Veränderungen, die zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung beobachtet wurden, können nicht unmittelbar auf die Behandlung zurückgeführt werden; wünschenswerte Erfolge können ebenfalls nicht automatisch als Therapieerfolg bewertet werden;</p> <p>Diagnoseklassifikation nicht ausreichend ICD 8, z.B. Borderline Störungen nicht erfasst</p> <p>Kriterien zur Prognose von Psychotherapieeffekten sind kaum aus der Symptomatik der Patienten oder ihrer soziobiographischen Daten zu gewinnen, sondern es ist die Fähigkeit eines Patienten, sich auf den spezifischen Therapieprozess einzulassen und damit wesentlich zum Therapieerfolg beizutragen.</p> <p>Prozessstudie mit intratherapeutischen Variablen.(Patientenautonomie)</p> <p>Aufgrund des stationären Settings ist von einer Vielzahl von unspezifischen Faktoren auszugehen, so dass eine Reduktion therapiespezifischer Wirksamkeitsmerkmale nicht möglich war.</p> <p>Keine Angaben zur Veränderung krankheitsrelevanter Parameter.</p> <p>Keine Aussage im Sinne der Fragestellung der Themengruppe Gesprächstherapie möglich.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Übertragbarkeit auf ambulante Versorgung

1	Quelle	Eckert J, Frohburg I, Kritz J. „Floating“ patients – Differential therapy indication by the patients themselves? Therapiewechsler – Differenzielle Therapieindikation durch die Patienten? Psychotherapeut 2004; 49 (6): 415-26.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Studie zur differenziellen Wirksamkeit von Psychotherapie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit Vergleichen über Zeit und Ort (z.B. historische Kontrollen)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Versuch, die Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch Aufnahme der GT in die PT-RL durch den Nachweis, „... dass es Patienten gibt, für die sich die GT als erfolgreiche Alternative zu einem vorher mit ungenügendem Erfolg durchgeführten Richtlinienverfahren erweist“ zu belegen. Prof. Eckert, Psychologisches Institut III Universität Hamburg.
6	Indikationen / Diagnosen	Es handelt es sich um eine diagnostisch heterogene Population. Unterschiedlichste ICD-10 Diagnosen (s. Tabelle S. 419f).
7	7a Fragestellung	Stimmen die Gründe für den Wechsel des Psychotherapieverfahrens mit dem Modell von Orlinky et al. (1994; „Allgemeines Modell von Psychotherapie“) zum Zusammenhang zwischen Therapieprozessmerkmalen und Therapieerfolg bzw. zur Passung zwischen Therapeut und Patient überein?
	7b Zielsetzung	Die vg. Frage soll durch Untersuchung von Patienten, die ursprünglich mit einem RL-Verfahren behandelt worden sind, diese Behandlung als unzureichend erlebt haben, in eine GT gewechselt sind und diese erfolgreich abgeschlossen haben, beantwortet werden.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Unzureichende Vorbehandlung mit einem Richtlinienverfahren und erfolgreicher Abschluss einer Gesprächspsychotherapie.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Ambulante Gesprächspsychotherapie
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keins
11	Studiendesign	Schriftliche Befragung von Gesprächspsychotherapeuten, die Therapiewechsler erfolgreich behandelt haben durch vorgegebenen Erhebungsbogen (Erhebungsbogen wird in der Veröffentlichung

		nicht vorgestellt). Einschätzung der Angaben in den Erhebungsbögen durch drei Rater (s.u.). Die Auswertungsergebnisse von Frohburg (2003) – basierend auf tonbandregistrierten und transkribierten katamnesticen Interviews durch neutrale Interviewer und ausführlichen Falldokumentationen der GT-Th. - von 14 Patienten nach Methodenwechsel wurden ebenfalls durch die drei Rater dieser Studie hinsichtlich der Gründe für den Wechsel eingeschätzt.
12	Zahl der Zentren	1-2
13	Randomisierung	Entfällt
14	Concealment („Maskierung“ Randomisierung) der	Entfällt
15	Beobachtungsdauer	Entfällt
16	16a Zielkriterien	Gründe für den Therapiewechsel
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Definition von Kategorien für den Grund des Wechsels (s.S.415):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfolglosigkeit 2. Person des Therapeuten oder die therapeutische Beziehung 3. Therapeutisches Behandlungsmodell 4. Krankheitsmodell des Therapeuten 5. Andere Gründe oder Gründe unklar <p>Kategoriale Zuordnung durch drei Rater (1 Gesprächspsychotherapeut, 2 Ausbildungskandidaten in RL-Verfahren) unabhängig von einander.</p> <p>Raterübereinstimmung: bei 81 von 123 Urteilen 100% Übereinstimmung, bei 16 Urteilen 66% Übereinstimmung, 24 Einzeleinschätzungen blieben bei der Auswertung unberücksichtigt.</p> <p>Interraterübereinstimmung bei Untersuchungsgruppe 2: 8 (8%) von 102 Ratings unberücksichtigt, da nur von einem Rater.</p> <p>Bei den Kategorien 1 (Erfolglosigkeit) und 2 (Person des Therapeuten/therapeutische Beziehung) 100% Übereinstimmung.</p>
17	Anzahl der zu	Keine Fallzahlplanung

	behandelnden Patienten	
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p><u>Untersuchungsgruppe 1:</u> 25 Patienten, von 13 GT-Therapeuten (9 Frauen, 4 Männer) behandelt, Durchschnittliches Alter bei Beginn der GT: Frauen 38 J. (24-55 J.); Männer 41 J. (38-44 J.). Erste Behandlung war bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 Patienten (40%) eine „Psychoanalyse“ - 2 (8%) eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - 11 (44%) eine Verhaltenstherapie - 1 Verhaltenstherapie und probatorische Sitzungen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie - 1 psychoanalytische Behandlung bei 2 verschiedenen Psychotherapeutinnen und probatorische Sitzungen Verhaltenstherapie. <p>Zum zeitlichen Abstand zwischen Erst- und Zweitbehandlung nur 19 vollständige Angaben: Bei 12 Patienten (63%) GT unmittelbar nach der RL-Therapie Unmittelbare Fortführung bei psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert behandelten Patienten (37%) etwas häufiger als bei verhaltenstherapeutisch vorbehandelten Patienten (26%). Bei 7 Patienten (37%) ein „mehr oder weniger langer Zeitraum“ zwischen Erst- und Zweitbehandlung: bei 2 (11%) der psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundiert behandelten Patienten 2 Jahre; bei 5 (26%) der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten 1 bis maximal 7 Jahre.</p> <p>Finanzierung der GT: teils Sondervereinbarung mit KK oder privat.</p> <p><u>Durchschnittliche Dauer der RL-Therapie:</u> Ließ sich nicht in jedem Fall exakt ermitteln, Aus Angaben zu 17 Patienten ergibt sich eine durchschnittl. Behandlungsdauer von 89 Std. (2-600) im RL-Verfahren. Davon bei den 8 psychoanalytisch/tiefenpsychologisch fundiert behandelten durchschnittlich 175 Std. (15-600</p>

		<p>Std.) und bei den VT behandelten Patienten durchschnittlich 30 Std. (12-50 Std.).</p> <p><u>Durchschnittliche Dauer der GT:</u></p> <p>Bei 20 Patienten 86 Std. (21-204 Std.). Bei 2 Pat. fehlten Angaben zur Behandlungsdauer, bei zwei Pat. war die GT zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht abgeschlossen; eine „außergewöhnlich langfristige Behandlungsdauer“ von einer schizophrenen Patientin mit 1500 Std. wurde in diese Auswertung nicht miteinbezogen.</p> <p><u>Untersuchungsgruppe 2:</u></p> <p>14 Patienten, die aus einer RL-Th. in eine GT gewechselt waren. Aus der Studie von Frohburg 2003.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungsgruppen nicht gegeben.
20	Ergebnisse	<p><u>Untersuchungsgruppe 1:</u></p> <p>Nach den Angaben der GT-Therapeuten wurde bei 56% der Therapiewechsel Erfolglosigkeit als alleiniger oder als ein Grund unter anderen festgestellt, bei 40% die Person des Therapeuten bzw. die therapeutische Beziehung, bei 44% das therapeutische Modell und bei 8% das Krankheitsmodell der Ersttherapie (Mehrfacheinstufungen waren möglich).</p> <p>Bei 44% ist nicht Erfolglosigkeit ausschlaggebend, sondern andere Gründe kommen hinzu oder sind allein ausschlaggebend.</p> <p>Bei 24% (6 von 25) ist Erfolglosigkeit der einzige Grund für den Wechsel.</p> <p><u>Untersuchungsgruppe 2:</u></p> <p>Bis auf Kategorie 3 (Behandlungsmodell) kommen alle Begründungen „relativ häufiger“ vor als in der Untersuchungsgruppe 1:</p> <p>Kategorie 1: + 15%</p> <p>Kategorie 2: +31 %</p> <p>Kategorie 4: + 49%</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Entfällt
22	Fazit der Autoren	„Gesprächspsychotherapie erweist sich für eine Reihe von Patienten als eine notwendige und auch hinreichende Behandlungsalternative“. Die genannten Gründe für den Therapiewechsel

		„bestätigen die Notwendigkeit einer differenziellen Indikation für Psychotherapie auf der Grundlage des AMP“ (Allgemeines Modell von Psychotherapie)
23	Abschließende Bewertung	<p>Stark eingeschränkte Aussagekraft der Studie wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu geringer und sehr heterogener Stichprobe; - Großer Varianz hinsichtlich der Anzahl der zuvor durchgeführten RL-Therapie (2-600 Std.); - Fehlender Kontrolle, ob die Therapien methodenkonform durchgeführt wurden; - Fehlender Kriterien zur Beurteilung der Erfolglosigkeit der RL-Therapie bzw. zum Erfolg der GT (2GPTen waren bei Erhebung noch nicht abgeschlossen und trotzdem bereits als erfolgreich bezeichnet). - Patienten wurden nicht selbst befragt. Aussagen über die Vorbehandlungen und die Gründe für den Wechsel stammen aus zweiter Hand (retrospektive Erinnerung der Therapeuten) und das, nachdem die Behandlungen bereits – zum Teil seit langer Zeit (angegebene Spanne 1977-2003) - beendet waren. Die Reliabilität der Therapeuten-Erinnerung muss daher in Frage gestellt werden. <p>Zusätzlich ist noch anzumerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Erhebungsbogen zur Datengewinnung wird in der Veröffentlichung nicht vorgestellt. - Bei der Berechnung der durchschnittlichen Behandlungsdauer der GT wurde eine Behandlung mit 1500 Std. nicht berücksichtigt. Unter Einbeziehung dieser Behandlung ergibt sich für die GT eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 144 Std. (21-1500 Std.).
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe</p> <p>Keine Untersuchung zur Wirksamkeit der GT.</p>

1	Quelle	Eyßell D. Prozeß-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. Z Klein Psychol Psychopathol Psychother 1992 ; 40 (1):58-78
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Querschnittsuntersuchung – Stichprobe zur Ermittlung des Zusammenhanges zwischen Prozessvariablen und Therapieeffekten. Stichprobe aus dem Hamburger Psychotherapie-Vergleichsprojektes
3	Studientyp nach Durchsicht	: - Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe (Ursprungsstudie) randomisierte Stichprobe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Untersuchung der Prozessvariablen von Klienten und Therapeuten in Relation zu den Veränderungen während der Therapie innerhalb der Hamburger-Psychotherapie-Vergleichsstudie. Interessenskonflikte nicht bekannt
6	Indikationen / Diagnosen	Siehe Hamburger Psychotherapie-vergleichsstudie (Meyer et al.)
7	7a Fragestellung	Untersuchung von Prozeß-Erfolgsvariablen
	7b Zielsetzung	Untersuchung der Prozessvariablen von Klienten und Therapeuten in Relation zu den Veränderungen während der analytischen und klientenzentrierten Therapie innerhalb der Hamburger-Psychotherapie-Vergleichsstudie
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine Vorbehandlung Alter 20-40 Jahre
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Analytische Kurzzeittherapie
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Klientenzentrierte Therapie
11	Studiendesign	Siehe Hamburger-Psychotherapie-Vergleichsstudie
12	Zahl der Zentren	entfällt
13	Randomisierung	Für die Stichprobe nur beschrieben
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	unklar
15	Beobachtungsdauer	2 Stichproben an 2 nicht aufeinanderfolgenden Sitzungen aus dem Mittelbereich der

		Ursprungsstudie
16	16a Zielkriterien	<p>Patient: Selbstexploration , gefühlsmäßige Nähe , Intensität der Auseinandersetzung , Akzeptanz eigener Gefühle</p> <p>Therapeut: Emotionale Wärme , Konkretheit , Empathie , Konfrontierendes Weitergehen , Innere Beteiligung , Echtheit , stimulierende Aktivität</p> <p>Wurden patientennahe Outcomes definiert: ja</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien: standardisierte Fragebögen für o.g. Kriterien</p> <p>Rater: 14 Psychologie-Praktikanten</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<p>Geplante Fallzahl. 50 Kontakte insgesamt. Analyse n=12 , CCT n=13 x 2 Kontakte 12 Prozeßvariable</p>
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Siehe Hamburger Psychotherapie- vergleichsstudie (Meyer et al.)
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Gegeben</p> <p>Dreifache Varianzanalyse</p> <p>Normale Verteilung der Varianzen</p> <p>(Prüfung erfolgte mit Kolmogorov-Smirnov-Test bzw. Bartlett-Test)</p> <p>eingeschränkte Repräsentativität der Stichprobe</p>
20	Ergebnisse	<p>Zwischen beiden Therapierichtungen bestehen keine bedeutsamen Unterschiede in den Ausprägungen der Klientenvariablen; die Skalen-Werte liegen für beide Therapiegruppen im mittleren Ausprägungsbereich. Ergebnis steht auch für die Autoren im Widerspruch zu der Annahme , dass innerhalb der GT der therapeutische Erfolg über ein hohes Maß an gefühlsmäßiger Auseinandersetzung bei dem Klienten abläuft und in den dafür konstruierten Skalen ablesbar sein müsste. Höhere Werte für GT in den Merkmalen emot. Wärme, Empathie ,Häufigkeit der Therapeutenäußerungen entsprechend den Erwartungen. Keine Unterschiede zwischen beiden Verfahren für „Innere Beteiligung“ und „Echtheit“. Die analytischen Therapeuten werden als genauso am Therapiesgeschehen beteiligt vom Pat.</p>

		angesehen.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	entfällt
22	Fazit der Autoren	<p>Weitere Überprüfung notwendig</p> <p>Prozessvariable des Klienten spielen in der GT nicht die Bedeutung, wie es ihnen im Konzept der GT zugedacht wurde. Die Therapeutenhaltung selber scheint den Therapieerfolg (quasi stellvertretend für den Patienten) herzustellen. Hohe verbale Grundaktivität des GT-Therapeuten ist hierfür notwendig.</p> <p>Repräsentativität der Stichprobe ungeklärt.</p> <p>Konzeptualisiertes Rating lief nach dem Paradigma der GT ab. Übertragbarkeit auf Analyse fraglich.</p>
23	Abschließende Bewertung	Im Fokus der Untersuchung stand kein eigentlicher Therapievergleich. Die Untersuchungen der Prozessvariablen können keinen zusätzlichen Nutzen der GT belegen.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Franke, Alexa: Überprüfung der Effekte klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1977,6 (4): 244-58
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Vergleich von Gruppen und Einzel GT
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit teilrandomisierter Vergleichsgruppe
	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Universität Münster
6	Indikationen / Diagnosen	Kontaktstörung, soziale Unsicherheit, soziale Ängste, psychosomatische Beschwerden, Ängste allgemein, Arbeits- und Konzentrationsstörung, Selbstwertproblematik, Schwierigkeiten mit dem Partner
7	7a Fragestellung	Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie in Gruppen vs. Einzel
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung. Verbesserung der Effektivitätsstudien von Gruppentherapie und GT
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine Parallelisierung auf Grund von Alter, Geschlecht und FPI-Testwerten, dann zufällige Zuordnung auf die Behandlungsarme.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Keine näheren Angaben außer Gruppentherapie und Einzeltherapie nach Tausch. Therapeuten Mitarbeiter und Studenten des psychologischen Instituts mit mindestens 3-semesteriger Ausbildung in GT, Überprüfung der Adhärenz in regelmäßigen Supervisionen an Hand von Tonbandprotokollen
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Einzeltherapie 45, Gruppentherapie 90 Minuten, durchschnittliche Zahl der Kontakte bei Einzeltherapie 6, bei Gruppentherapie 7,1
11	Studiendesign	3 Parallel
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Ausgehend auf Grund von Testwerten von parallelisierten Personen.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Keine
15	Beobachtungsdauer	Nach 8 Wochen Therapie, nach Beendigung ½ Jahr

		follow-up
16	16a Zielkriterien	Veränderungen im Persönlichkeitsverhalten und Intelligenz
	16b Zielkriterien-Erfassung	FPI (Freiberger Persönlichkeitsinventar) LPS (Leistungsprüfssystem)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	93
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	keine Powerkalkulation
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Vergleichbarkeit hinsichtlich Alter, Geschlecht und FPI-Testwerte in Neurotizismus und Extraversion
20	Ergebnisse	Die Gesprächstherapie- Einzelbehandlung war den Werten der Kontrollgruppe in den Bereichen Geselligkeit, Reduktion der Gehemmtheit, Depressivität überlegen. Bei der Gruppentherapie hat einzig der Geselligkeit eine Verbesserung gegenüber der Warte-Kontrollgruppe erreicht. Interessanterweise sind hoch bedeutsame Veränderungen in den Intelligenzmesswerten des LPSI durch die Gruppentherapie zustande gekommen
21	Unerwünschte Therapiewirkung	keine Angaben
22	Fazit der Autoren	Gesprächstherapie in Gruppen schadet nicht, aber hilft auch nicht.
23	Abschließende Bewertung	Weder die Krankheitsbilder noch die Messinstrumente haben einen Bezug zur klinischen Realität. Desgleichen ist die Behandlungsdauer für eine Gruppentherapie zu kurz. Die Intelligenzvermehrung wird auch nicht diskutiert
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Frohburg, I.:Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2003; 34 (4): 233-42.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Komparative Prozess- und Effektivitätsstudie auf der Grundlage von Einzelerfahrungen
3	Studientyp nach Durchsicht	Fallserie, naturalistische Studie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	V multiple Einzelfallberichte, qualitatives Design
5	Bezugsrahmen	Frage nach der Verbesserung der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung durch neue Verfahren unter Nutzung „klinischer Evidenz“ und Feldforschung Allgemeine Versorgungsrelevanz der GT Der Auftraggeber wird nicht explizit benannt. Die durchführende Institution ist das Institut für Psychologie der Humboldt-Universität Berlin.
6	Indikationen / Diagnosen	Es handelt sich um eine diagnostisch heterogene Population. Als Diagnosen werden genannt (ICD10):F43.22, F50.1, F33, F43.0 und 60.8, F41.2, F34.1, F43.21, F41.8 und F60.4, F45.31 und F51.0, F32.2 und F54 und Z61.6, F60.7 und F54, F60.7 und F54 und Z63.0, F41.2, F41.2 und F45.0 und Z61.0, F43.22
7	7a Fragestellung	Frage nach der potentiellen Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung. Frage, ob die untersuchten Pat. die Gesprächspsychotherapien besser nutzen konnten als die zuvor durchgeführten Richtlinien-Psychotherapien und mit welchen Bedingungen das von den Pat. ggf. in Zusammenhang gebracht wird.
	7b Zielsetzung	Effektivität und Zufriedenheit der GT im Vergleich zu der von den jeweiligen Pat. zuvor durchgeführten Psychotherapie in Richtlinienverfahren.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Bei allen Patienten wurde zuvor eine PT in Richtlinienverfahren durchgeführt. Nicht berücksichtigt wurden Patienten mit Mehrfachbehandlungen (amb. und stationär, Suchtentwöhnungsbehandlungen) und PT mit Nichtrichtlinienverfahren) Eine Repräsentativität der Stichprobe wurde weder angezielt noch für notwendig erachtet.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Ambulante Einzel-GT,

		bei 80% der Patienten unmittelbar im Anschluss an die Richtlinien-PT, bei 20% später (nach 3, 8 und 24 Jahren). angeschlossen
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Keine
11	Studiendesign	Fallserie, Daten aus unterschiedlichen Quellen
12	Zahl der Zentren	0
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ Randomisierung) der	Keine
15	Beobachtungsdauer	Durchschnittliche Dauer der GT betrug 53 Stunden (18 ...80 Std.)
16	16a Zielkriterien	Zufriedenheit mit GT-Behandlung
	16b Zielkriterien-Erfassung	„Aus den jeweils tonbandregistrierten und transkribierten Interviews wurden ebenso wie aus den Falldokumentationen die für die Thematik inhaltlich relevanten Textstellen identifiziert und dann unter weitgehendem Beibehalten der wörtlichen Zitate nach sachlogischen Aspekten gruppiert, ausgewertet und interpretiert.“
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	15
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	15
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Keine unterschiedlichen Behandlungsgruppen. Angaben zu Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status liegen vor.
20	Ergebnisse	<p>4. „Es gibt Patient(inn)en, die mit den Ergebnissen einer Richtlinien-Psychotherapie unzufrieden, mit den Ergebnissen ihrer Gesprächspsychotherapie dagegen (sehr) zufrieden sind.“ 2/3 mit Behandlungsergebnis der RL-Therapie unzufrieden.</p> <p>5. „Es gibt Patient(inn)en, die Zielsetzungen und Prozessbedingungen einer Richtlinien-Psychotherapie nicht akzeptieren, den Zielsetzungen und Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie dagegen zustimmen.“ 1/3 kann sich mit</p>

		<p>Bedingungen der RL-Therapie nicht identifizieren.</p> <p>6. Es gibt Patient(inn)en, die die Beziehung in einer Richtlinien-Psychotherapie negativ bewerten und nicht konstruktiv nutzen können, die Beziehung in der Gesprächspsychotherapie dagegen positiv bewerten und konstruktiv nutzen.“</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>GT wird von der „überwiegenden Mehrheit der Pat. als effektive und akzeptierbare Methode, als begehbarer und erfolgreicher Weg zur Lösung ihrer krankheitswertigen psychischen Probleme und zur Reduktion und Beseitigung entsprechender Störungen bezeichnet.“</p> <p>Die Anerkennung der GT als Richtlinienverfahren erweitert und verbessert qualitativ das Versorgungsangebot.</p> <p>GT bietet die Chance, Fehlindikationen und dadurch verursachte Therapieabbrüche zu reduzieren.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Qualitative Studie mit erheblichen Mängeln in Durchführung und nicht nachvollziehbare Interpretation der Ergebnisse</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Ergebnisse sehr allgemein und nicht repräsentativ.</p> <p>Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.</p>

1	Quelle	<p>Grawe, K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. Z Klin Psychol 1990; 19 (4):294-315.</p> <p>Grawe, K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. Z Klin Psychol 1990; 19 (4):316-37.</p> <p>Grawe, K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Z Klin Psychol 1990; 19 (4):338-61.</p> <p>Grawe, K. Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. Z Klin Psychol 1990; 19 (4):362-76</p>
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	<p>Therapievergleichsstudie Experimenteller Versuchsplan</p>
3	Studientyp nach Durchsicht	<p>Psychotherapiestudie mit randomisierten Vergleichsgruppen</p>
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	<p>Ib Randomisierte klinische Studien</p>
5	Bezugsrahmen	<p>Durchführung: Psychologisches Institut der Universität Bern.</p> <p>Unterstützt durch den Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung.</p> <p>Keine Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenskonflikte.</p>
6	Indikationen / Diagnosen	<p>Neurotische, Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen. Nach ICD-9: 300 (Neurosen), 301 (Persönlichkeitsstörungen, Charakterneurosen), 302 (sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen), 306 (körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs), 307 (spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome), 308 (psychogene Reaktion als akute Belastungsreaktion), 309 (psychogene Reaktion als Anpassungsstörung).</p> <p>Es handelt sich um eine diagnostisch heterogene Population. Die Autoren gehen aber davon aus, dass das Zuteilungsverfahren zu vergleichbaren Versuchsgruppen geführt hat (S.302)</p>

7	7a Fragestellung	<p>„Gibt es tatsächlich keine Unterschiede in der Wirkung und Wirkungsweise verschiedener Therapieformen –wie in einer der größten Therapievergleichsstudien gefunden- oder liegt es an der Konzeption und den bisher benutzten Methoden der vergleichenden Therapieforschung, dass sie vorhandene Unterschiede nicht aufdecken konnte?“</p> <p>Forschungsinteresse: Herausfinden und ggf. Entwicklung geeigneter Vorgehensweisen um Unterschiede in der Wirkung, Wirkungsweise und Indikation verschiedener Therapieformen sichtbar zu machen.</p>
	7b Zielsetzung	<p>Untersuchung der Wirkung, Wirkungsweise und differenziellen Indikation von 4 Behandlungsmethoden</p>
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p><u>Einschlusskriterien:</u> das Vorliegen von Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich (soziale Ängste, Unsicherheiten, Kontaktschwierigkeiten usw.)</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> akute Drogenabhängigkeit, Alkoholismus oder Suizidalität, psychotische oder hirnorganische Störungen.</p>
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<p>s.u.</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<p><u>Interaktionelle Einzeltherapie(IVT-Einzel):</u> Konzept des interaktionellen Problemlösens (Grawe et al 1980), Plananalyse, Behandlungsziel: Veränderung wichtiger interaktioneller Pläne, die mit den Symptomen in Zusammenhang stehen, Therapeut kann dazu alle Methoden, die ihm sinnvoll erscheinen heranziehen, meist aus dem Spektrum verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden. Förderung einer guten Therapiebeziehung.</p> <p>Dosis: 1x wöchentlich, 45-60 Minuten.</p> <p><u>Interaktionelle Gruppentherapie(IVT-Gruppe):</u> Konzept wie oben und Therapeut muß auf Herstellung und Aufrechterhaltung günstiger Gruppenbedingungen achten.</p> <p>Dosis: 1x wöchentlich, Dauer 2x1 Std. mit halbstündiger Pause dazwischen.</p> <p><u>Breitspektrumverhaltenstherapie:</u> normales VT-Vorgehen, Verhaltensanalyse, Problemanalyse stärker auf die unmittelbaren Symptome ausgerichtet als bei Interaktioneller Therapie. Alle Interventionsmethoden aus der VT durften angewendet werden. Therapeuten hätten sehr</p>

		<p>stark unter dem Einfluss der kognitiven Wende in der VT gestanden.</p> <p>Dosis: 1x wöchentlich, 45-60 Minuten.</p> <p><u>Gesprächspsychotherapie</u>: Klientenzentrierte Therapie i.S. von Rogers und Tausch (einzeln).</p> <p>Dosis: 1x wöchentlich, 45-60 Minuten.</p> <p><u>Therapeutenmerkmale</u>: Anhand eines spezifischen Fragebogens ermittelt. Durchschnittl. Alter 35, ziemlich bis sehr erfahren (16 bis 50 durchgeführte Therapien), alle Psychologen, führten diejenigen Therapieformen durch, die sie auch in der eigenen Praxis praktizierten und deren Ausbildung (Fachverband) sie durchlaufen hatten.</p> <p>Jeder Therapeut führte 1-2, in Ausnahmefällen bis zu 4 Therapien durch. Die Interaktionelle Gruppentherapie wurde von 2 Therapeuten gemeinsam durchgeführt.</p> <p>Regelmäßige 14-tägige Supervisionssitzungen, damit Therapieformen möglichst „rein“ durchgeführt wurden.</p>
11	Studiendesign	4 Behandlungsarme, parallel
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Detailliert beschrieben.
14	Concealment („Maskierung“ Randomisierung) der	Es wurde sichergestellt, dass weder Erstinterviewer noch Therapeuten noch Patienten Kenntnis von der Randomisierungssequenz hatten (es gab keine).
15	Beobachtungsdauer	Vor, während und direkt nach der Therapie sowie sechs Monate und ein Jahr nach Beendigung der Behandlung
16	16a Zielkriterien	<p>Ausmaß der Zielerreichung in der Therapie</p> <p>Therapiebedingte Veränderungen im Bereich des Sozialverhaltens, des Selbstbildes, der Belastung durch psychopathologische Symptome, der Kontrollüberzeugungen, der allgemeinen emotionalen Befindlichkeit.</p> <p>Es wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet.</p>

	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>„Multimodale Erfassung der Therapieeffekte und –prozesse“</p> <p><u>Messinhalte:</u> problembezogene vs. Problemunabhängige Veränderungen.</p> <p><u>Messmethodik:</u> direkte vs. Indirekte, individualisierte vs. standardisierte Veränderungsmessung.</p> <p><u>Messzeitpunkte:</u> prae-, post-, Katamnese-Effektmessung, Mehrpunktverlaufsmessung (alle 10 Sitzungen bis 2x wöchentlich), Prozessmessung jede Sitzung.</p> <p><u>Beurteilerperspektive:</u> Patient, Therapeut, naher Angehöriger, unabhängiger Interviewer.</p> <p><u>Beurteilungsobjekte:</u> Patient, Therapeut, therapeutische Interaktion.</p> <p><u>Messmittel:</u> Zielerreichungsskalierung (GAS) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) Unsicherheitsfragebogen (U) Emotionalitätsinventar (EMI) Giessentest-Selbstbild (GT-S) Symptom-Check-List (SCL-90) Giessentest-Fremdbild (GT-Fr) Impact-Message-Inventory (IMI) GAS-Therapeuteneinschätzung Patienten-Nachbefragungsbogen Therapeuten-Nachbefragungsbogen Veränderungsprozessbogen (VPB) Patienten-Stundenbogen Therapeuten-Stundenbogen Therapeuten-Protokollbogen</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Patienten hatten sich freiwillig mit dem Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung an die klin.-psycholog. Praxis- und Forschungsstelle der Univ. Bern gewandt. Von 230 Erstinterviews im Zeitraum vom März 1981 bis Dezember 1984 wurden 98 Patienten ausgewählt.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und	Endauswertung: 63 Therapien;

	ausgewerteten Patienten	<p>11 Abbrüche vor der 5. Sitzung („Drop-outs“) –bei Auswertung nicht berücksichtigt;</p> <p>bei 6 weiteren Patienten konnten nach Abschluss der Behandlung nicht alle Daten erhoben werden;</p> <p>durch Zählfehler wurden der GT nur 15 Patienten zugewiesen.</p> <p>Relativ hohe Drop-out Rate bei Gruppentherapie – Belastung der internen Validität, soll bei Auswertung berücksichtigt werden.</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Angaben liegen getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status etc.).</p> <p>Es gibt keine relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.</p> <p>Die Gruppen wurden bis auf die Intervention gleich behandelt.</p>
20	Ergebnisse	<p>Prozessvergleich (nur Einzeltherapien, n=47; mit Hilfe von 3 prozessanalytischen Verfahren):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jedes der eingesetzten prozessanalytischen Verfahren zeigte signifikante, konsistente Unterschiede zwischen den 3 einzelpsychotherapeutischen Bedingungen auf. - Die meisten gefundenen Unterschiede stimmten gut mit den Konzepten der jeweiligen Therapieformen überein. Ausnahme: geringes Bemühen der BVT-Therapeuten um konkrete Verhaltensänderungen wg. starker kognitiver Ausrichtung. - IVT schnitt insgesamt konsistent besser ab. - BVT und GT stellten sich als sehr stark voneinander unterschieden dar, ohne dass eine durchgängig positiver beurteilt wurde als die andere. <p>Wirkungsvergleich und differenzielle Indikation (Einzel- und Gruppentherapie, n=53):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle 4 Behandlungsbedingungen führten zu signifikanten Verbesserungen der individuellen Probleme (prä-post Messung); kaum Unterschiede im Ausmaß dieser Verbesserungen zwischen den einzelnen Bedingungen. - Unterschiede in den durchschnittlichen

		<p>Effektstärken der einzelnen Messinstrumente zwischen den einzelnen Behandlungsbedingungen (prä-post): <u>GT</u> bewirkte im Durchschnitt eine weniger große Verringerung sozialer Ängste (U), eine geringere Verbesserung der Befindlichkeit (EMI) und eine geringere Verbesserung des Selbstbildes (GT-S) als die 3 VT-Bedingungen. <u>GT</u> bewirkt eine besonders große Veränderung der Kontrollüberzeugungen (IPC). Alle 4 Verfahren erreichten in etwa gleichem Ausmaß eine Verringerung der Belastung durch psychopathologische Symptome (SCL 90). Nur die beiden IVT-Bedingungen bewirkten Veränderungen im fremdeingeschätzten Sozialverhalten (GT-Fr u. IMI). IVG und IVT zeigten das breiteste, die GT das schmalste Wirkungsspektrum.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Veränderungen im ersten und zweiten Halbjahr nach der Therapie:</u> Im ersten Halbjahr nach Beendigung insgesamt eher leichte Verschlechterung. Bei <u>IVT</u> im ersten Halbjahr nach Beendigung leichte weitere Besserung der individuellen Probleme und geringe Streuungen der Veränderung. <u>BVT:</u> deutliche Verschlechterungen in allen Bereichen unmittelbar nach der Therapie mit stark erhöhten Streuungen. Positive Veränderungen im 2. Halbjahr tendenziell durch das Ausscheiden von einigen Pat. mitbestimmt. <u>GT:</u> sowohl im 1. als auch im 2. Halbjahr sind besonders starke positive Veränderungen im Selbstbild (GT-S) zu beobachten. Differenzielle Spätwirkungen der <u>GT:</u> im 2. Halbjahr nach Beendigung besonders viele differenzielle Therapieeffekte (positive u. negative); kontinuierliche Verbesserungen im Selbstbild. - Sehr unterschiedliche <u>Veränderungsverläufe</u>= die 4 Behandlungsbedingungen aktivieren unterschiedliche Veränderungsprozesse. <u>GT:</u> Befindlichkeitsverbesserung ist insgesamt geringer als bei den 3 VT-Bedingungen. - Differenzielle Indikation: <u>IVT/IVG:</u> keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den Ausgangsmerkmalen der Patienten und ihrem Therapieerfolg. <u>BVT:</u> Vielzahl
--	--	---

		<p>bedeutsamer Zusammenhänge zwischen Patienten-Ausgangsmerkmalen und Therapieerfolg: Veränderungen werden vor allem bei besonders gering gestörten Patienten erreicht, je schwerer ein Patient gestört ist, umso schlechtere Erfolgsaussichten bei dieser Therapieform.</p> <p><u>GT</u>: globaler Therapieerfolg hängt bedeutsam und konsistent mit bestimmten Patientenmerkmalen zusammen. Patienten mit gutem sozialem Verhaltensrepertoire und guter Beziehungsfähigkeit sowie dem Wunsch und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung profitieren besonders viel, auch wenn sie sonst schwerer gestört sind. (vgl. S 360).</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	Unerwünschte Therapiewirkungen wurden erfasst.
22	Fazit der Autoren	<p>Wenn die Wirkung der vier Therapieformen in einer Effektstärke ausgedrückt wird, haben 1 Jahr nach Abschluss der Behandlung alle untersuchten Therapieformen fast einen gleich starken Effekt.</p> <p>Wenn spezielle Ergebnisanalysen angewendet werden, zeigt sich, dass die untersuchten Therapieformen sich deutlich darin unterscheiden, in welchen Bereichen Verbesserungen erzielt werden und welche Patienten am deutlichsten profitieren. Qualitativ voneinander verschiedene Veränderungsprozesse werden deutlich: Patienten der 4 Therapiebedingungen sind auf sehr unterschiedliche Weise zu ihren charakteristischen Veränderungen gelangt.</p> <p>Die Gesamteffektstärken am Ende des Beobachtungszeitraumes setzen sich aus sehr unterschiedlichen Einzelveränderungen zusammen, die darüber hinaus in unterschiedlichen Zusammenhängen bei ganz verschiedenen Arten von Patienten entstanden.</p> <p><u>Konsequenzen für die Forschungsmethodik:</u></p> <p>Es erscheint unangemessen, Therapieerfolg nur als ein Mehr oder Weniger auf einzelnen Skalen zu erfassen. Erst die Betrachtung von Mustern führt zu Erkenntnissen hinsichtlich der Veränderungsprozesse und –effekte (Bildung standardisierter Effektstärken zur Darstellung von Wirkungsspektren, Beachtung differenzieller Therapieeffekte, Vergleich der Zusammenhangsmuster der Veränderungen, vergleichende Analyse der Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Ausgangsmerkmalen der Patienten).</p>

23	Abschließende Bewertung	<p>Versorgungsnahe Studie mit breitem Spektrum von Datenerhebungsmethoden.</p> <p>Allerdings ist die Aussagekraft der Ergebnisse durch die erhebliche Streubreite in der Anzahl der Therapiesitzungen (9 bis 73) der zu vergleichenden Behandlungsformen eingeschränkt. Weiterhin führt die geringe Fallzahl der eingeschlossenen Teilnehmer und die übergroße Anzahl an Einzeltestungen („multiples Testen“) zu einer Limitation der Studienergebnisse.</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<p>Aufgrund der mangelnden Validität bezüglich der Fragestellung der TG ist diese Studie trotz des versorgungsnahen Ansatzes nicht verwertbar.</p>

1	Quelle	Hartmann S & Zepf S (2002). Effektivität von Psychotherapie – Ein Vergleich verschiedener Psychotherapeutischer Verfahren. Forum der Psychoanalyse, 18, 16-196
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Retrospektive vergleichende Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Retrospektive vergleichende Studie
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	III Retrospektive vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Replikation der Consumer Reports-Study
6	Indikationen / Diagnosen	<ul style="list-style-type: none"> - sehr gemischtes Störungsspektrum - ableitbar: hoher Anteil an Patienten mit depressiven Störungen und hoher Komorbiditätsanteil
7	7a Fragestellung	<p>Gibt es Unterschiede in der wahrgenommenen Behandlungseffektivität zwischen 5 Gruppen verschiedener Psychotherapieformen?</p> <p>Welche möglichen Einflussgrößen auf den Behandlungserfolg sind ableitbar?</p>
	7b Zielsetzung	Unterschiede zwischen Psychoanalyse (PA), tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT), klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers (CCT) und "Anderen" (systemische Th. Bioenergetik, Hypnose etc.) bei Patienten, die sich in fachpsychotherapeutische Behandlung begeben hatten.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	<p>Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle nach einem Aufruf im Heft der Stiftung Warentest, das Internet etc. sich gemeldeter Personen in (ehemals) fachpsychotherapeutischer Behandlung ohne Ausschlusskriterien. - Zusätzlich wurden relevante Fachgesellschaften über das Projekt informiert <p>Ausschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gleichzeitige 'Gesprächstherapie' bei Hausarzt oder Selbsthilfegruppe, - Problematischer Zugangsmodus der Fragebögen (Datenschutz) - Inkonsistente, widersprüchliche, unglaubwürdige oder unvollständige Beantwortung der Fragenbögen.

9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	<ul style="list-style-type: none"> - TP: 33 %, N = 496 - PA: 20 %, N = 284 - VT: 17 %, N = 238 - CCT: 9 %, N = 119 - Andere: 21 %, N = 290
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- Entfällt.
11	Studiendesign	
12	Zahl der Zentren	- Entfällt.
13	Randomisierung	Keine Randomisierung.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Entfällt.
15	Beobachtungsdauer	- Entfällt.
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomverbesserung - Therapiezufriedenheit - Allgemeinbesserung - Als Summe der oberen drei Kriterien: Behandlungseffektivität - Andere Daten (abgeschlossenen Behandlung ja/nein, Art der Therapie, demographische Daten etc.) - Statistische Methoden werden klar berichtet.
	16b Zielkriterien-Erfassung	- Ins Deutsche übersetzte und an hiesige Verhältnisse angepasster Original-Fragebogen der amerikanischen Consumer Reports-Study
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Testplanung.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - siehe 9. - N = 1896 eingegangene Fragebögen, Ausschluss von 468 Datensätzen, Gesamt N = 1426
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Eine Grobbeschreibung der Stichprobe liegt vor.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomverbesserung: <ul style="list-style-type: none"> ○ PA = VT ○ PA > TP*, CCT***, andere***

		<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinbesserung: <ul style="list-style-type: none"> o PA > TP*, VT*, CCT*, andere* - Zufriedenheit: <ul style="list-style-type: none"> o PA > CCT* - Behandlungseffektivität: <ul style="list-style-type: none"> o PA = VT o PA > TP*, CCT***, andere*** o TP = VT o TP > CCT* <p>[*p<.05, ***p<.0001]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Behandlungseffektivität jeweils nach 7-11 Monaten Therapiedauer und nach mehr als 2 Jahren - Positiv wirkten sich aus: hoch eingeschätzte Kompetenz des Therapeuten, Offenheit des Patienten, supportive Haltung des Therapeuten, kooperatives Patientenverhalten, höhere Therapiedauer, 'Abgeschlossene Therapie' - Negativ wirken sich aus: 'Beschränkung der Behandlung durch Kostenträger', männliches Geschlecht des Patienten
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Nicht bekannt.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - PA, PT & VT etwa gleich effektiv im naturalistischen Setting - CCT wirkt nicht so gut, dies könnte nach Auffassung der Autoren mit der Ausbildungssituation durch langjährige Nicht-Anerkennung zusammenhängen (bei der CR-Studie in den USA schnitten CCT-Verfahren nicht schlechter ab). - Es gibt wichtige Einflussfaktoren im Bereich von Therapeuten- und Patientenvariablen, aber auch im Geschlecht und der Länge bzw. Beschränkung der Behandlung
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - orientiert an US-Consumer-Reports-Study - bei der Bewertung des Abschneidens der PA ist in jedem Fall die deutlich höhere Stundenzahl zu berücksichtigen - Patienten in GT-Behandlung äußern sich generell eher weniger positiv, wobei unklar ist, warum - Problem der Selbstselektion: eingeschränkte

		Repräsentativität
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none">- Informative Aussagen über die subjektive Zufriedenheit mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden (z.T. unsicher identifiziert).- Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Meyer et al (1981). The hamburg short-term psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom, 35, 81-207
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Studie zur vergleichenden und differentiellen Wirksamkeit von Psychotherapie.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit zum Teil randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Abteilung Psychosomatik der Uni Hamburg
6	Indikationen / Diagnosen	Nennung von Indikationen bzw. Diagnosen: - Gemischt, nicht genau bezeichnet. ICD-10 Schlüssel: - Entfällt. Homogenität der Population: - Insgesamt heterogen mit bestimmten, bekannten systematischen Verzerrungen z.B. in Bezug auf Überrepräsentierung höherer sozialer Schichten.
7	7a Fragestellung	- Vergleichende/differentielle Wirksamkeit.
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung: Vergleich von fokusgeleiteter psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie ('IPT'-> Achtung! Nicht Interpersonelle Psychotherapie', siehe 9.) mit Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (ICC) und Warte-/Kontrollgruppe und Exploration von Wechselbeziehungen von Drittvariablen.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien generell: - alle in einem bestimmten Zeitraum zur PSOM HH kommenden Personen wurden auf Möglichkeit zur Teilnahme geprüft - zwischen 20 und 40 Jahren - keine vorherige Psychotherapie
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Definition des Verfahrens 'psychodynamic conflict-centered time-limited psychotherapy' ('IPT'): - Für Studie neu konzipiert. - Anzahl der Sitzungen (M) = 26.03 Sitzungen in 19.02 Wochen Frequenz:

		<ul style="list-style-type: none"> - 2 x Woche, 15 Wochen, ambulant, Einzeltherapie <p>Therapeutenmerkmale (N = 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur in Ansätzen berichtet, sehr heterogen in Bezug auf Erfahrung. - kaum Erfahrung mit Fokalthherapie - kaum Erfahrung mit Kurzzeittherapie <p>Schwierigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fokusformulierung initial von anderer Dyade - Schwierigkeiten/Unerfahrenheit mit Tonbandaufnahme/Fragebögen - Bezahlung identisch zu ICC, aber im Vergleich zu sonst halbiertes Honorar
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	<p>Definition des Verfahrens „client-centered psychotherapy“ (ICC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht genau definiert. - Anzahl der Sitzungen (M) = 18.83 Sitzungen in 19.67 Wochen <p>Frequenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 x Woche, 15 Wochen, ambulant, Einzeltherapie <p>Therapeutenmerkmale (N = 13):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur in Ansätzen berichtet, heterogen in Bezug auf Erfahrung (2-21 Jahre). - Aber: in angewandtem Verfahren ausgebildet <p>Schwierigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungewohnte Klientel (psychosom. Beschwerden) - Patienten: Erstkonsultation in psychodynamischer Einrichtung - Aber: doppeltes Honorar im Vergleich zu sonst, identisch mit 'IPT'
11	Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> - 'IPT' vs ICC vs (Warteliste vs nichtbehandelte KG)
12	Zahl der Zentren	Entfällt.
13	Randomisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Zuerst Screening, dann Einladung zu Testung, dann Fokusformulierung und Eignungsüberprüfung, dann randomisierte Zuordnung auf 'IPT' vs. ICC
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrscheinlich ja.
15	Beobachtungsdauer	<ul style="list-style-type: none"> - Prä, post, 3-Monats-FU, 9-Monats-FU, 3-

		Jahres-FU (+ 12-Jahres-FU, hier nicht berichtet).
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Symptom- & Persönlichkeitsveränderungen - Therapieprozess, Stimmung - Selbst- & Fremdrating (Patient, Therapeut, Fremdrater, Expertengruppe, Versicherungsdaten) - Interviews und Fragebögen
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Life history questionnaire - Intelligenztest (LPS) - Freiburger Persönlichkeits-Inventar - Giessen-Test - SAL (Angst) - Symptomliste - Outcome-Bögen - Therapieorientierung (Therapeut) - Stimmungsfragebogen - Sitzungsfragebogen - Inhaltsanalyse von Therapie-/Interviewtranskripten
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Testplanung.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Eingeladen: 268 Bei Fokuseminar vorgestellt: 177 (Für beide Verfahren als geeignet angesehen: 69) Therapie beendet: 68</p> <p>Differenzierte Darstellung nach Behandlungsgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja. <p>Drop-Outs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 während der Behandlung <p>Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs/Nicht-Behandlungswilligen und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, nicht Behandlungswillige waren subjektiv weniger krank, kamen öfters aus eigenem Antrieb, gaben eine kürzere Vorgeschichte an.

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Viele Daten liegen vor, Randomisierung wahrscheinlich erfolgreich.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosomatische Beschwerden: gute Besserung, mit leichten Vorteilen für ICC - FPI-Aggression: erhöht sich in 'IPT'-Gruppe von leicht unter normal zu leicht über normal - Verbesserung der Depression: ICC > 'IPT' - Sociability: Gute Besserung bei beiden - Etc. - Symptomliste: <ul style="list-style-type: none"> o ICC erfolgreicher bei 2 Aspekten (physischen Anzeichen von Spannung, Selbstwert) o 'IPT' in 3 anderen Symptomen erfolgreicher o In 8 Symptomen ICC = 'IPT' o 20 Symptome zeigen späte Verbesserung (in FU) - In 12-Jahres-Katamnese kein Unterschied zwischen den 3 Gruppen (siehe Studie 9)
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Nicht berichtet.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Bestätigung des Dodo-Verdiktes: im direkten Vergleich ICC = 'IPT' - Aber: ICC hat insgesamt 'mehr Medallien gewonnen'
23	Abschließende Bewertung	<p><u>Inhaltliche Kritik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die mit ICC behandelten Patienten wurden von in dieser Methode erfahrenen Therapeuten & ohne wesentliche Abwandlung des Settings behandelt - Die mit 'IPT' behandelten Patienten wurden mit einer neuen, eigens entwickelten Methode, in der keiner der Therapeuten Erfahrung hatte und welche massiv vom gewohnten Setting abwich, behandelt <p>-</p> <p><u>Methodische Kritik:</u></p> <p>Die Studie von Meyer et al. untersucht die vergleichende und differentielle Wirksamkeit von Psychotherapie an 68 Patienten, die mittels Randomisierung mit einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (PT) oder mit klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie (GT) behandelt wurden.</p> <p>Nach Randomisierung waren 22 Patienten dem Verfahren ‚GT‘ und 21 dem Verfahren ‚PT‘</p>

		<p>zugeordnet worden. 25 Patienten bildeten die Kontrollgruppe, die nach 4 Monaten als Wartegruppe auch einem Therapieverfahren zugeführt wurden (12 Patienten Gesprächspsychotherapie und 13 Patienten psychodynamische Kurzzeittherapie).</p> <p>Die Auswertung der Daten erfolgte einmal als Vergleich zwischen den beiden Therapiegruppen und der Kontrollgruppe (Reference control group comparison):</p> <p>‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚GT-Gruppe (n=22)‘</p> <p>‚Wartegruppe gesamt (n=25)‘ gegen ‚PT-Gruppe (n=21)‘</p> <p>In einem zweiten Ansatz wurden die Patienten der Wartegruppe, die nach 4 Monaten selbst einer Therapie zugeführt wurden, in einem Vorher-Nachher-Vergleich untersucht (Own control group comparison):</p> <p>‚Wartegruppe, der auf ‚GT‘ randomisierten Patienten (n=12)‘: Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie</p> <p>‚Wartegruppe, der auf ‚PT‘ randomisierten Patienten (n=13)‘: Vergleich zwischen Kontrollzeitpunkt (Wartegruppe) und nach Therapie</p> <p>Die Validität der Aussagen dieser Studie wird durch mehrere Aspekte in Frage gestellt:</p> <p>1.) Die Auswertung des ‚reference control group comparison‘ vergleicht die Daten der Wartegruppe mit der jeweiligen Therapiegruppe. Die daraus resultierenden Ergebnisse können nur bedingt zu einer Aussage über die Über- bzw. Unterlegenheit einer Therapieform gegenüber einer anderen herangezogen werden, da dies nicht vom Studiendesign her intendiert war. Für die Beantwortung einer solchen Frage wäre ein direkter Vergleich zwischen Therapiegruppe ‚GT‘ und ‚PT‘ notwendig gewesen. Die in dieser Studie vollzogenen Aussagen zum Vergleich der beiden Therapieformen können lediglich</p>
--	--	---

		<p>‚hypothesengenerierend‘ sein und sind mit besonderer Vorsicht zu werten.</p> <p>Ähnliches gilt für den Vergleich von Patienten mittels des ‚own control group comparison‘. Auch hier sind keine vergleichenden Aussagen zwischen den beiden Therapieformen möglich, da ein Zeitpunkt unter Kontrollbedingungen mit einem Zeitpunkt nach Therapie verglichen wird.</p> <p>Es ergibt sich ebenso, dass auf Grund des Studiendesigns eine Betrachtung der Daten ohne Berücksichtigung der Wartegruppe nicht möglich ist. Eine nachträglich durchgeführte, zweiarmige Betrachtungsweise beschränkt auf die beiden Therapiegruppen ist unmöglich, da die Erhebungen im Bezug zur Kontrollgruppe (Wartegruppe) stehen.</p> <p>2.) Weiterhin auffällig und auch von den Autoren kritisch hinterfragt ist die große Anzahl von Testfragen unterschiedlicher Fragebögen. Insgesamt wurden mehr als 38 Test-Scores und 304 Einzelfragen ausgewertet. Die Problematik des multiplen Testens ist daher von großer Bedeutung. Da es sich hier um große Anzahl von Einzeltestungen handelt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ergebnisse, die als signifikant angegeben wurden, nur dem Zufall unterliegen. Hinzu kommt, dass die Autoren in der Auswertung der Ergebnisse des ‚own control group comparison‘ ein Signifikanzniveau von 10% festlegen. Die Verdopplung der Irrtumswahrscheinlichkeit führt zu der Konsequenz, dass bereits von 10 durchgeführten Tests einer zufällig signifikant werden kann. Mit steigender Irrtumswahrscheinlichkeit wird die Aussagekraft der Ergebnisse zunehmend geringer. Die hohe Anzahl der Testverfahren verringert deswegen die Validität der Studie.</p> <p>3.) Letztlich ist bei der beschriebenen Menge von Testungen und der Anzahl von insgesamt 68 eingeschlossenen Patienten zu hinterfragen, ob die Studie groß genug ist, um die interessierenden Unterschiede im Behandlungserfolg zu belegen. Es findet sich in der Studie kein Hinweis auf eine ‚Power-Kalkulation‘.</p> <p>Zusammenfassung:</p> <p>Insgesamt lässt sich sowohl auf Grund der</p>
--	--	--

		methodischen Mängel als auch auf Grund des Designs der Studie keine Aussage über den Nutzen der ‚Gesprächspsychotherapie‘ im Vergleich zu einer ‚psychodynamischen Kurzzeittherapie‘ treffen. Eine gesonderte Betrachtung der Studie ohne Berücksichtigung der Wartegruppe ist nicht möglich.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Meyer AE, Stuhr U & Rüster P (1988). 12-Year follow-up of the hamburg short-term psychotherapy comparison experiment: an overview. Psychother Psychosom, 50, 192-200 Siehe auch: Meyer et al (1981). The hamburg short-term psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom, 35, 81-207, daher die Kontextinformation entnommen
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Follow-Up einer Studie zur vergleichenden und differentiellen Wirksamkeit von Psychotherapie.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Follow-Up einer Psychotherapiestudie mit zum Teil randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Abteilung Psychosomatik der Uni Hamburg
6	Indikationen / Diagnosen	- siehe Meyer et al (1981)
7	7a Fragestellung	- Vergleichende/differentielle Wirksamkeit nach 12 Jahren (Studienbeginn: 1972)
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung: siehe Meyer et al (1981)
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien generell: siehe Meyer et al (1981)
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- siehe Meyer et al (1981)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- siehe Meyer et al (1981)
11	Studiendesign	- 'IPT' vs ICC vs (Warteliste vs nichtbehandelte KG)
12	Zahl der Zentren	Entfällt.
13	Randomisierung	- siehe Meyer et al (1981)
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- siehe Meyer et al (1981)
15	Beobachtungsdauer	- 12 Jahres-Katamnese (Studienbeginn 1972)
16	16a Zielkriterien	- Symptom- & Persönlichkeitsveränderungen - Therapieprozess, Stimmung - Selbst- & Fremdrating (Patient, Therapeut, Fremdrater, Expertengruppe, Versicherungsdaten)

		- Interviews und Fragebögen
	16b Zielkriterien-Erfassung	- siehe Meyer et al (1981)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Testplanung.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	- siehe Meyer et al (1981)
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- siehe Meyer et al (1981)
20	Ergebnisse	- keine Unterschiede zwischen Therapiegruppen und Vergleichsgruppe - größere Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung bei 'IPT' im Zeitraum der 12 Jahre nach Ende der untersuchten Therapie im Vergleich zu mit ICC behandelten Patienten; über die Kontrollgruppe werden keine Angaben gemacht
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Nicht berichtet.
22	Fazit der Autoren	
23	Abschließende Bewertung	- Für hiesige Fragestellung nicht relevant. - Kritik: siehe Meyer et al 1981. - Lange Katamnese nach kurzer Behandlung (15 WO) nicht sinnvoll.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Minsel, W.-R., Bommert, H., Bastine, R., Langer, I., Nickel, H & Tausch, R. (1972). Weitere Untersuchung der Auswirkung und Prozesse klienten-zentrierter Gesprächs-psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 3, 232-250
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Nicht benannt.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe - Paarlinge, Wartegruppendedesign.
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	- Universität Hamburg, Psychotherapeutische Beratungsstelle des Psychologischen Instituts. - Keine Hinweise auf Interessenskonflikte.
6	Indikationen / Diagnosen	- Alle <u>Personen</u> , die sich in einem bestimmten Zeitraum bei der Psychotherapeutische Beratungsstelle des Psychologischen Instituts gemeldet hatten. - ABER: keine genaue diagnostische Einordnung der Personen - Von einer heterogenen Stichprobe ist auszugehen.
7	7a Fragestellung	- Grundsätzliche Wirksamkeit - Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	- Welche Veränderungen treten bei Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe auf? - Mit welchen Verhaltensvariablen bei Patienten und Therapeuten hängen diese Veränderungen zusammen?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Siehe 6.
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- 8-9 Wochen lang Einzeltherapie 1 x pro Woche. - Teilweise erfahrene Therapeuten (> 5 abgeschlossenen Therapien), aber mehr Psychologie- und Medizinstudenten, die 3 Semester in dieser Methode geschult wurden. Letztere behandelten 69% der Patienten. - Ungünstige Rahmenbedingungen (z.B. Räumlichkeiten so, dass schlecht 'ungestörte Gespräche' geführt werden konnten).

		- N = 35 ohne Wartezeit, N = 20 mit Wartezeit, N = 26 Wartezeit und ohne anschließende Therapie.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- Entfällt wg. Wartelistenkontrolldesign.
11	Studiendesign	- Siehe oben.
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	- Detailliert beschrieben. - Anscheinend gelungen, da keine Unterschiede in Prä-Tests zwischen den Gruppen.
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Kein Concealment, da Wartelistenkontrollgruppe. - (I.d.R. schwierig bei Psychotherapie.)
15	Beobachtungsdauer	- Prä, Post, ½-Jahr Katamnese.
16	16a Zielkriterien	- Gesamtbeschwerden - Persönlichkeitseigenschaften - Prozessmerkmale (Gesprächsverhalten)
	16b Zielkriterien-Erfassung	- Unabhängiges Raten von Ausschnitten aus Therapiegesprächen, in Bezug auf Selbstexploration des Therapeuten (SE) und Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Pat. durch den Therapeuten (VEE) - Interviews - Fragebögen: <ul style="list-style-type: none"> o EPI, MMPI, LPS, FDE, 16PF, Vela, Anamnese-Bogen, Strupp-Nachbefragungsbogen, Baret-Lennard-Fragebogen - De-facto-Zusammenführung verschiedener Fragebogenwerte zu drei Faktoren: Psychoneurotizismus, Introversion und Intelligenz
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	- Keine Power-Analyse.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	- N = 35 ohne Wartezeit, N = 20 mit Wartezeit, N = 26 Wartezeit und ohne anschließende Therapie. - Keine Unterschiede in den relevanten Prä-Tests.

19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	- Dokumentation vor allem summarisch.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - 3-Faktoren-Lösung für die Prä-Fragebögen: Psychoneurotizismus, Introversion, Intelligenz - Korrigierte Prä-Post-Werte für die Therapie- und Wartegruppe nach einer speziellen Vorgehensweise, die ausführlich erklärt wird, um 'Netto-Änderungswerte' zu erhalten. - Verringerung von Psychoneurotizismus in der Therapiegruppe, keine Änderungen in Introversion und Intelligenz - Die Wartegruppe ohne Psychotherapie zeigte ebenfalls eine Verminderung von Psychoneurotizismus, was diskutiert wird. - SE des Patienten hängt mit VEE des Therapeuten zusammen. - Weniger Introversion/mehr Extraversion hängt mit SE des Patienten und VEE des Therapeuten zusammen. - Verminderung von Psychoneurotizismus hängt negativ mit dem Ausmaß von SE beim Patienten zusammen. - Erfahrenere Therapeuten haben bessere Erfolge, auch in der Katamnese.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Nicht bekannt.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Es spricht für GT, dass sie selbst unter ungünstigen Bedingungen mehr Wirkung zeigt als keine Therapie. - Manche Patienten profitieren auch von einer Wartegruppe.
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Methodisch schwer nachvollziehbar. <ul style="list-style-type: none"> o z.B. gibt der Faktor 'Psychoneurotizismus' keine Cut-off-Punkte zur Differenzierung zwischen gesund und krank. o Es wird nicht ausreichend begründet, warum speziell dieses methodische Vorgehen (z.B. S.240) gewählt wurde. - Es stellt sich die Frage, inwiefern die auf S. 241 dargestellten Ergebnisse zu den Gruppenunterschieden von klinischer Bedeutung sind. - Unklar, ob und in welchem Umfang Störungen mit Krankheitswert behandelt

		wurden.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Pomrehn, G., Tausch, R. & Tönnies, S. (1986). Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie: Prozesse und Auswirkungen nach 1 Jahr bei 87 Klienten. ZPP, 5 (1), 19-31
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	- Vergleichsstudie mit Warte-Kontrollgruppe.
3	Studientyp nach Durchsicht	- Vergleichsstudie mit Warte-Kontrollgruppe.
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	- keine Hinweise auf Interessenkonflikte - Universität Hamburg
6	Indikationen / Diagnosen	- ‚psychoneurotische‘ Patienten - Heterogene Population - Deskriptive Daten werden im Text beschrieben
7	7a Fragestellung	- Grundsätzliche Wirksamkeit - Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	- Effektivität, Stabilität und Prozessmerkmale bei Personenzentrierter Psychotherapie (PP)
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	- Keine Angaben zu etwaigen Ausschlusskriterien - Keine definierten Krankheitsbilder, kein Cut-off gesund/krank
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	- Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie (PP) in Kleingruppen mit 2 Therapeuten - Dauer: ein Wochenende (ca. 18 Zeitstunden) + 4 Nachtreffen - Gemischte Gruppe von Therapeuten, vom Lehrbeauftragten bis zum Studenten; alle geschult (aber nicht zentral)
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	- Warte-Kontrollgruppe (ca. 6 Wochen Wartezeit)
11	Studiendesign	- siehe 3.
12	Zahl der Zentren	- 1.
13	Randomisierung	- Wahrscheinlich keine Randomisierung
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	- Nein.
15	Beobachtungsdauer	Prä (T1), Post (6-Wochen-Katamnese (T2), 1-Jahreskatamnese (T3)

16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Veränderung des subjektiven Empfindens - Veränderung anderer Parameter (intra-psychisch, Verhalten)
	16b Zielkriterien-Erfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Liste von seelisch-körperlichen Beeinträchtigungen (Westermann et al. 1983) - Gruppenerfahrungsbogen (Westermann et al. 1983) - Fragebogen zu (Un-)Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen - Fragebogen zu Umgang und Auskommen mit sich und anderen - Fragebogen zu Umgang mit Medikamenten, Drogen und Alkohol (Pomrehn 1985) - Ausgewählte Skalen des ISE (Inventar zur Selbstkommunikation, Tönnies 1982) - Fragebogen zur Erfassung von „Echtheit, Offenheit und Vertrauen“ (Caspari/Tausch 1979) - Weiterer Fragebogen zu Zufriedenheit und Zielerreichung, Veränderungswünsche etc. - Nicht näher beschriebenes Konsens-Expertenrating von Psychologen
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Power-Analyse, keine Testplanung angegeben.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - PP N = 87 - Warte-Kontrollgruppe N = 41 - Keine Angaben zu Dropouts, keine Intent-to-treat-Analyse. - Der Patienten-Status wird nicht an definierten Kriterien bestimmt
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf demographische Daten.
20	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Es wird in Prozentzahlen über subjektive Besserung berichtet: <ul style="list-style-type: none"> o PP: 26% deutlich gebessert, 44% gebessert, 21% unverändert, 9% verschlechtert o WLK: 2% deutlich gebessert, 27% gebessert, 39% unverändert, 32%

		<p>verschlechtert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besonders gute Besserungen bei Selbstwert, Kommunikation, Partnerschaft/Familie, Verschlechterungen eher bei psychosomatischen Beschwerden, sexuellen Beschwerden, existenziellen Lebensproblemen. - Weitere Angaben zu Besserungen in vielen erfassten Bereichen. - In der 1-Jahres-Katamnese nimmt die Anzahl der deutlich Gebesserten zu, die Anzahl der nur Gebesserten ab, die anderen beiden Kategorien bleiben konstant. <ul style="list-style-type: none"> o Hierbei keine Angaben darüber, welche Personen von welcher Besserungskategorie in welche andere wechseln - 73% der Gebesserten nahmen nach der Gruppe andere Behandlungsverfahren i.w.S. wahr (Art und Spezifität weitgehend unbekannt)
21	Unerwünschte Therapiewirkung	- Dokumentiert, deskriptiv.
22	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> - Drastische Verbesserungen - Positive Kosten-Nutzen-Analyse - Symptomunspezifische Wirkung - Verbesserung der Symptome wird mit spezifischen Prädiktoren (siehe S. 30) in Verbindung gebracht
23	Abschließende Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> - Unklar, ob und in welchem Umfang Störungen mit Krankheitswert behandelt wurden. - Aufgrund erheblicher methodischer Mängel (z.B. 6.), unzureichender (deskriptiver) Statistik, Mangel an Vergleichbarkeit mit anderen Studien lassen sich keine validen Aussagen zur Wirksamkeit der GT in der Krankenversorgung ableiten - Zusätzliche klinische Kritik: mit der Wochenend-Marathon-Gruppe waren möglicherweise die psychisch stabileren Teilnehmer zur weiteren Behandlung motiviert, während die ‚mangelnde Offenheit‘ (S. 28) der nicht Profitierenden evtl. auch als notwendige Schutzfunktion gegen eine sehr (zeit-) intensive Intervention bei Patienten mit niedriger psychischer Stabilität interpretiert werden könnte.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Rudolph J , Langer I, Tausch R: Prüfung der psychischen Auswirkungen und Bedingungen von personenzentrierter Einzelpsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1980; 9 (1): 23-33
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	– keine konkrete Nennung Wartegruppenkontrollierte, prospektive Einzel- Psychotherapiestudie
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe (Wartegruppe)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive, vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	Hintergrund (Kontext) der Publikation. Aus ethischen Gründen empfundene Notwendigkeit der Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie; Überprüfung (Bestätigung) des Konzeptes von C. Rogers Auftraggeber und verantwortliche Institution. Universität Hamburg, Psychologisches Institut III Hinweise auf Interessenkonflikte? Nein.
6	Indikationen / Diagnosen	Heterogene Klientel (überwiegend Studenten, Durchschnittsalter 26, höhere Schulbildung) einer universitären psychotherapeutischen Beratungsstelle. Keine valide Diagnostik (Individuelle Problemliste und Einschätzung z.T. auf ausgewählten Skalen von Persönlichkeitsinventaren wie MMPI, EPI)
7	7a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit von GT – in Abhängigkeit von der (vom Patienten wahrgenommenen) Ausprägung der GT-Basisvariablen. Vorhersage auf den Therapieerfolg in der 4. Sitzung auf Grund der bis dahin realisierten Ausprägung der Basisvariablen
	7b Zielsetzung	s.o.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Klientel einer psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten (mit seelischen Beeinträchtigungen) Ausschlusskriterien: keine Psychosen und kein Alkoholismus
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Personenzentrierte Einzelpsychotherapie mit ja ca. 10 Einzelgesprächen in ca. 17 Wochen – bei wöchentlichem Abwechseln zweier Therapeuten (erfahren/unerfahren)
10	Vergleichend angewandte	Keine anderen Verfahren

	Therapieverfahren	
11	Studiendesign	Prä-Post-Vergleich und Vergleich mit Wartegruppe Erfahrene Therapeuten behandeln im Wechsel mit unerfahrenen – insgesamt 80. Nach 4. Stunde Möglichkeit der Abwahl eines Therapeuten (in 61 % der Fälle geschehen)
12	Zahl der Zentren	eins
13	Randomisierung	Keinen Randomisierung
14	Concealment)	Einschätzung der Veränderung aufgrund von Testdaten durch Experten im „unwissentlichen Verfahren“
15	Beobachtungsdauer	Post-Befragung ca. 17 Wochen nach Therapiebeginn Katamnesezeitraum: Keine Katamnese
16	16a Zielkriterien	vgl auch Sander K et al. 1973 (Ref ID: 285) Beeinträchtigungen, Belastungen – z.B.: Arbeits-, „Verstimmungsstörungen“, sexuelle Schwierigkeiten. Auf Testskalen (MMPI, EPI) Verminderungen der psychoneurotischen Beeinträchtigungen Versch. Items des MMPI und 16PF „die auf Grund früherer Untersuchungen sinnvoll erschienen“ Störungs- und Änderungsprofil gemäß individueller Problemliste und persönlicher Zufriedenheit Qualität der Haltung des Gesprächspsychotherapeuten
	16b Zielkriterien-Erfassung	Beeinträchtigungsliste und Testverfahren zu Beginn und Ende der Behandlung Analyse von Tonbandaufzeichnungen (Haltung der Therapeuten)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Keine Fallzahlplanung oder Power-Kalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Behandlungsgruppen. Interventionsgruppe: N = 112 plus N = 37 (aus Wartegruppe) Wartegruppe: N = 235 Ausfälle 35 % in der Therapiegruppe, 41 % in der Wartegruppe Problemlisten (auszugsweise): 58% Allgemeine Unsicherheit, 37 % Psychosomatische Beschwerden, 21 % „sog. Psychiatrische Beeinträchtigungen“
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Dokumentation: keine klare Dokumentation Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen?

		nicht beschrieben
20	Ergebnisse	<p>Darstellung der Ergebnisse:</p> <p>Experten vergeben Punkte aufgrund von Fragebogendaten: stark verschlechtert bis stark gebessert:</p> <p>Bei jedem 5. in Therapiegruppe sind größere positive Änderungen eingetreten als in der Wartegruppe</p> <p>Selbsteinschätzung: Bericht positiver Veränderung ohne Bezug zur Wartegruppe</p> <p>Fallzahlplanung: Nicht dargelegt</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: nicht nachvollziehbar</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<p>Unerwünschte Therapiewirkungen:</p> <p>Werden erfasst</p>
22	Fazit der Autoren	<p>Schlussfolgerungen der Autoren (Auszug)</p> <p>Geringe Therapieeffekte. Zwar signifikant aber kaum relevant, weil, nach Aussage der Autoren, nur geringfügige Unterschiede zur Wartegruppe.</p> <p>Bestätigung der Hypothese, dass Ausprägung der GT-Basisvariablen entscheidende Bedeutung zukommt. Qualität der Haltung des Gesprächspsychotherapeuten erwies sich als entscheidende Wirkkomponente</p> <p>Große Bedeutung der 3 entscheidenden GT-Haltungen</p> <p>Positiven Änderungen der Interventionsgruppe nur unwesentlich größer als die der Wartegruppe; Verschlechterungen waren gleich.</p> <p>Die erheblich unterschiedlichen Änderungen der Klienten hingen deutlich mit der Qualität der personenzentrierten Psychotherapeuten zusammen, was die Annahmen von Carl Rogers bestätigte.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Inhaltliche Kritik:</p> <p>Studie (1980), bei der die heute üblichen methodischen Rahmenbedingungen nur ansatzweise eingehalten wurden. Das Therapie-Arrangement mit Therapeutenwechseln bei insgesamt 80 Therapeuten erscheint als höchst ungewöhnlich und steht rein im Zusammenhang mit einem experimentellen Kontext.</p> <p>Methodische Kritik:</p> <p>Unvollständige Darstellung erhobener Daten</p> <p>Intransparente Aggregation von Daten bei der Berechnung der Therapieeffekte (Experten vergeben Punkte aufgrund von Fragebogendaten)</p> <p>Narrative Prozentdarstellungen,</p>

		Statistische Auswertungen nicht nachvollziehbar
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Der Studie kommt keine Relevanz für die ambulante Krankenversorgung zu. Modell des alternierenden Therapeutenwechsels erscheint als unzweckmäßig.

1	Quelle	Sammet-Hofmann, I. Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurzpsychotherapie. (Results and problems of time series single-case analysis of client-centered and psychodynamic brief psychotherapy). Z Klin. Psychol.Psychopathol.Psychother 1994; 42 (1):27-41
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Zeitreihenanalytische Einzelfallforschungen
3	Studientyp nach Durchsicht	- Zeitreihen nach dem Arima –Modell untersucht
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Ein Subsample der Daten der Studie ID 1847 wurde so kodiert , dass man Prozessdaten gewinnen konnte
6	Indikationen / Diagnosen	Siehe 1847
7	7a Fragestellung	Untersuchung des Prozessverlaufs der Therapeut Patienten Interaktion in zwei Verfahren
	7b Zielsetzung	Beobachtungsmerkmale 8 des Therapeutenverhaltens, 4 des Patienten, 1 gemeinsames Beziehungsmerkmal
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Aus 1847: fünf aus 68 (3 FT und 2 GT). Erfahrungheit und Theorieaffinität der Therapeuten
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Siehe 1847
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	dto
11	Studiendesign	Jede dritte Sitzung, mit jeweils drei 5 Minutenausschnitten Anfang, Mitte, Schluss. 4 * 30 Messzeitpunkte , 1* 21
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Siehe 1847 – Zeitstichproben nicht
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	
15	Beobachtungsdauer	30 bzw. 21 Stunden
16	16a Zielkriterien	Prozessverlauf der relevanten Beziehungsparameter aus dem theoretischen Umfeld der GT.

	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>Rating der Zeitstichproben nach Empathie, Echtheit, Konkretheit, Stimulierende Aktivität , Konfrontierendes Weitergehen , Innere Beziehung (Therapeut) Selbstexploration, Gefühlsmäßige Nähe , Akzeptierung von Gefühlen, Intensität der Auseinandersetzung (Patient) gemeinsames Beziehungsmerkmal, Häufigkeit von Therapeutenäusserungen</p> <p>Auto- und Kreuzkorrelationen mit maximaler Zeitverschiebung +/- 3 nicht über die Ursprungsdaten (546 bivariate Korrelationen) sondern über die aus Ihnen extrahierten Faktoren (4 bis 28 pro Therapie)</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Fünf a 30 bzw. 21 Stunden mal 3 Zeitstichproben gibt 450 Messzeitpunkte.
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Siehe 1847. Therapeutenmerkmale Erfahrung und Theorieaffinität als Einschlussmerkmal.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Nur beschränkt von Interesse
20	Ergebnisse	Therapeutenverhalten: therapierichtungsspezifisch, Patientenmerkmale: keine therapiespezifischen Effekte. Erwartungswidrige Ergebnisse . Empathie führt zu Abnahme der Selbstexploration
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	Wahrscheinlich sind die zeitlichen Segmente so gesetzt, dass keine Prozessmerkmale erfasst werden können. 43 von 52 Einzelzeitreihen seriell unabhängig. Beobachtungsintervalle ungünstig.
23	Abschließende Bewertung	Die Schlussfolgerungen sind problematisch.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Sander K , Langer I, Bastine R, Tausch A-M, Tausch R, Wiczercowski W: Gesprächspsychotherapie bei 73 psychoneurotischen Klienten mit alternierenden Psychotherapeuten ohne Abwahlmöglichkeit Z Klin Psychol Psychother 1973; 21 (3): 218-229
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Bezeichnung
3	Studientyp nach Durchsicht	Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe (Wartegruppe)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Klienten der psychotherapeutischen Beratungsstelle des Psychologischen Institutes Hamburg (1969/70) - überwiegend Studierenden
6	Indikationen / Diagnosen	Nicht näher bezeichnete psychoneurotische Beeinträchtigungen.
7	7a Fragestellung	Durchführbarkeit, Prozesse und Effekte von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie mit alternierenden Psychotherapeuten
	7b Zielsetzung	s.o. und Erfahrungsgewinn für Juniorpsychotherapeuten
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Keine Auswahl unter den Ratsuchenden der Beratungsstelle
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Einzel-Gesprächspsychotherapie Durchschnittlich 8 Gesprächskontakte (3 – 20) in durchschnittlich 14 Wochen 35 Psychotherapeuten: 2/3 hatten weniger als 2 Jahre Erfahrung
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	keine
11	Studiendesign	Prä-Post-Analyse und Vergleich mit Wartegruppe Ein Arm, keine „unspezifische“ Bedingung
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	N = 146 Probanden werden parallelisiert (Paarbildung) und per Zufall der Interventions- und Wartegruppe zugeteilt.
14	Concealment	Keine Information
15	Beobachtungsdauer	Prä-Post-Befragung im Abstand von 14 Wochen Katamnese der Psychotherapiepatienten nach einem Jahr per Postbefragung mit 53 % Rücklauf

16	16a Zielkriterien	Durchführbarkeitsstudie mit Erfassung von Prozessmerkmalen und Effekten der GT Standard-Skalen des MMPI und EPI (Neurotizismus, Intro-, Extraversion, Lügenskala)
	16b Zielkriterien-Erfassung	Mit welchen Instrumenten und in welcher Form erfolgte die Erfassung der Zielkriterien Prä-Post-Befragung nach Intervention und Wartezeit (14 Wochen Intervall). Testverfahren: MMPI, EPI, Strupp-Fragebogen (Fragebögen) im Gruppentest Psychotherapeutenverhalten per Fremdrating nach Tonbandprotokollen Truax-Skala (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte/VEE) Selbstexploration der Klienten auf Truax-Skala nach Tonbandprotokollen. Aktives Bemühen des Psychotherapeuten (7-stufige Skala) Erfassung des Psychotherapeutenverhaltens seitens der Klienten auf Klientenfragebogen nach Barret-Lennard). Einschätzung der alternierenden Psychotherapeuten durch Klienten (Fragebogen)
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	keine Fallzahlplanung oder Power-Kalkulation
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Psychotherapiegruppe: N = 73, Wartegruppe: N = 73, Ausfälle von Studienteilnehmern werden knapp dokumentiert und nicht begründet.
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	keine relevanten (Eingangs-) Unterschiede zwischen Interventions- und Wartegruppe
20	Ergebnisse	Für die Wartegruppe wurden die Post-Test Werte per Regression geschätzt. Geringe Unterschiede im Vergleich der Therapiegruppe mit der Wartegruppe auf MMPI und EPI-Skalen Psychotherapieklienten zeigten signifikante Verbesserung in der Skala „Psychotherapeutic Change“ Abnahme im Psychoneurotizismus Nachbefragung nach einem Jahr wird Qualitativ berichtet
21	Unerwünschte Therapiewirkung	werden nicht erwähnt
22	Fazit der Autoren	Differenz der Prä-Post-Testdaten der Psychotherapiegruppe werden um die Differenz der entsprechenden Wartegruppensdaten korrigiert. Die Netto-Änderungen waren gering. Die Ergebnisse der Katamnesebefragung erbrachte erheblich unterschiedliche Effekte der Klienten. Bedeutsamer Zusammenhang zwischen

		Selbstexplorationsfähigkeit des Patienten und des Merkmals VEE des Psychotherapeuten, bei Zunahme des extravertierten Verhaltens und Verminderung der D-Skala (Depressivität) des MMPI Geringe Änderungen werden mit Verhalten der unerfahrenen Therapeuten in Verbindung gebracht.
23	Abschließende Bewertung	<p>Studie, die vor allem auf GT-immanente Aspekte abzielte (Theorie der GT, Weiterbildung etc)</p> <p>Methodische Kritik: kein Bericht über Drop-Outs, Statistische Berechnungen nicht nachvollziehbar (kein Bericht von Mittelwert und SD)</p> <p>Inhaltliche Kritik Das Therapie-Arrangement mit Therapeutenwechseln mit 2/3 unerfahrener Therapeuten erscheint als höchst ungewöhnlich und steht rein im Zusammenhang mit einem experimentellen Kontext. Der Wert für die Krankenversorgung erscheint höchst zweifelhaft.</p> <p>Interpretationsschwierigkeiten auf Grund methodischer Mängel und den spezifischen Setting-Gegebenheiten(Therapeutenwechsel).</p>
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Seligman,N.E. The Effectiveness of Psychotherapy. Consumer Reports Study, American Psychologist, 1995, 50, 965-74
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Efficiency study
3	Studientyp nach Durchsicht	- Psychotherapiestudie mit Vergleichsgruppen, nicht randomisierte
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	III Retrospektive vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Consumer Report-Studie, Herauspreparierung der Schwächen bzw. Stärken von Effektivitäts und Effizienzstudien
6	Indikationen / Diagnosen	Stress oder andere emotionale Probleme in den letzten 3 Jahren, eine diagnostisch homogene Gruppe
7	7a Fragestellung	180.000 Leser, 7000 Antworten auf die psychischen Gesundheitsfolgen. Von den 7000 hatten 3000 nur mit Bekannten, Freunden oder Priestern gesprochen, 4100 Kombinationen, Hausarzt, Selbsthilfegruppen und professionelle Psychotherapeuten, 2900 professionelle Psychotherapie, 37 Psychologen,22% Psychiater,14% Sozialarbeiter und 9% Eheberater
	7b Zielsetzung	
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Diejenigen Verfahren, die auf dem Markt sind. siehe auch vergleichende angewandte Therapieverfahren
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	
11	Studiendesign	
12	Zahl der Zentren	
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	
15	Beobachtungsdauer	Retrospektiv
16	16a Zielkriterien	Ein globale Verbesserung, ein Zufriedenheitswert und eine spezifische Verbesserung.

	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>26 Fragen, darunter solche nach der Modalität, psychodynamisch, kognitiv etc. Die Probleme: Panikattacken, allgemein Angst, Phobie und Depression, schlechte Stimmung, Alkohol und Drogen, Essstörungen, Gewichtsstörungen, Gesundheits- oder Sexualprobleme, Arbeit, Stress, Kinder- oder Familienprobleme. Dauer und Häufigkeit der Behandlung, emotionaler Zustand bei Beginn sehr schlecht bis sehr gut, emotionaler Zustand am Ende sehr schlecht bis sehr gut, Finanzierungsfragen, therapeutische Kompetenz, Zufriedenheit mit der Therapie, Hilfpotential der Therapie und Gründe für die Beendigung</p> <p>1) Psychotherapie funktioniert gut</p> <p>Die Ergebnisse zeitabhängig, Langzeitbehandlungen bringen bessere Ergebnisse. Keine Unterschiede zwischen Psychotherapie allein und Psychotherapie mit Medikationen, Hausärzte kurzfristig gleichrangig, langfristig schlechter als die professionell angewandten Therapieverfahren</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Höher gebildet, überwiegend Mittelklasse, zur Hälfte Frauen mit Altersdurchschnitt 46
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	
20	Ergebnisse	<p>Keine der Psychotherapieformen war besser als die andere für irgend eines der Probleme, Bestätigung der Hypothese, starke Zeitabhängigkeit, Therapien, die von den Kassen begrenzt wurden, waren schlechter</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	<p>Repräsentativ für die Benutzergruppe von Psychotherapie, valide in Bezug auf die Randbedingungen der Therapie-Inanspruchnahme zum Zeitpunkt der Erhebung der Studie. Ein großer Teil der Inanspruchnahme ist subklinisch, erreicht die DSM-IV Kriterien für Krankheit nicht. Auf der anderen Seite sind schwere klinische Fälle in ausreichender Zahl vorhanden, so dass auch hier die Personen, die behandelt und untersucht wurden, die gegenwärtige Inanspruchnahme-Gruppen reflektieren. Sehr starke Zeitabhängigkeit: unter 6 Monate ergaben sich wesentlich schlechtere Ergebnisse. Die Stiftung Consumer Test ist glaubwürdiger als alle anderen Untersuchungen einschließlich der Universitätsforschung, methodische Einschränkungen 13% Rückgabe</p>

		und getestet gegen eine zweite Gruppe, die zur Validierung bezahlt wurde und das Porto ebenso, keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen, möglicherweise eine Überrepräsentation der geglückten Fälle, weil die nicht geglückten nicht in der Lage waren, zu antworten
23	Abschließende Bewertung	Innovative Studie nicht differenziert nach PT-Verfahren
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Bedeutung als consumer report groß, aber keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe

1	Quelle	Speierer GW , Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie. Patienten, Symptome, Diagnosen, Behandlungsfehler, Testbefunde, Behandlungsergebnisse. Fortschr Med 1979; 97 (35): 1527-33
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Keine Angabe (Stichprobe)
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: -Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Untersuchung von 155 erfolgreich abgeschlossenen GT – Einzelbehandlungen, davon 81 durch Ärzte, 74 durch Psychologen behandelt. Aus der Einheit für Med. Psychologie und Medizinsoziologie der Univ. Regensburg. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenskonflikte? Eventuell Ja (Ziel der Studie war primär die Feststellung der Gleichwertigkeit der GT), 60 % der Fälle waren Zertifikatsfälle , die der Autor als Ausbilder der GwG zu bearbeiten hatte
6	Indikationen / Diagnosen	Psychogene Reaktionen (n=48) Neurosen (n=94) Depressive Psychose (n=7) Sucht (n=4) Sonstige (n=2) Handelt es sich um eine diagnostisch homogene oder heterogene Population?entfällt
7	7a Fragestellung	Prozess-Outcomes-Studie
	7b Zielsetzung	Indikationen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der GT
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Siehe Tabelle 1 , S.1528
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Gesprächspsychotherapie nach GwG Überwiegend 10-50 Sitzungen , überwiegend 1 h pro Woche , Zertifikatsfälle des Autors als Ausbilder der GwG zu 60%
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	entfällt
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme : 1 (keine

		Vergleichsgruppe)
12	Zahl der Zentren	Uni Regensburg, Vergleichbarkeit wahrscheinlich gegeben
13	Randomisierung	entfällt
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	entfällt
15	Beobachtungsdauer	Mittlere Behandlungsdauer : 26 Sitzungen Katamnesezeiträume : 1 Jahr, 2 Jahre , 3 Jahre
16	16a Zielkriterien	Hier die Zielkriterien (outcomes) nennen, die von den Autoren als die primären bzw. hauptsächlichen Zielkriterien genannt wurden, z.B. Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemmtheit, Offenheit, Extraversion, Maskulinität - Wirtschaftlichkeit: entfällt Wurden relevante patientennahe Zielkriterien verwendet? ja
	16b Zielkriterien-Erfassung	FPI Erfolgte in vergleichenden Studien eine verblindete Erfassung der Zielgrößen? entfällt
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? nein
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Gesamtzahl der Pat n= 155 , Behandler : Ärzte n= 21(81 Pat.) , Psychologen n=25 (74 Pat.) Verhältnis Männer : Frauen = 1 : 2,4 81 % der Pat. im Alter zwischen 21 – 40 Jahren Angestellte und Beamte sowie Schüler und Studenten stellten ca. 75 % der Probanden Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? Nur Inkludierung von erfolgreichen Behandlungsfällen (60 % der Fälle waren Zertifikatsfälle des Autors als Ausbilder der GwG) Wie wurde in der Analyse mit Drop-outs verfahren? Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse

		<p>per protocol (explanatorisch)? entfällt</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten.</p> <p>entfällt</p> <p>Darstellung des Patientenflusses nach dem CONSORT-Flussdiagramm (s. Anlage 1)entfällt</p>
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)?</p> <p>Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? entfällt</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)?</p> <p>Entfällt , da keine RCT</p>
20	Ergebnisse	<p>Bei korrigierten Katamneseergebnissen 30 % Symptombeseitigung , 43% Besserung , 27 % Wiederverschlechterung</p> <p>Positive Merkmalsänderungen für Nervosität , Depressivität und Maskulinität mit statistischer Signifikanz</p> <p>Intratherapeutische Kriterien (s.S. 1531)</p> <p>Klinische Relevanz der Ergebnisse: Prinzipiell möglich. Allerdings stark eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der fehlenden Kontrollbedingung und der Positivselektion durch die 60 % Zertifikatsfälle, bei denen der Autor als Ausbilder der GwG fungierte</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<p>GT bei Süchten, Psychosen und Neurosen mit hypochondrischen und Zwangssymptomen nur eingeschränkt wirksam</p>
22	Fazit der Autoren	<p>Die vorliegende Studie ermögliche es, ungerechtfertigte Kritik an der GT als Heilmethode zurückzuweisen. GT sei eine „mindestens gleichwertige Alternative zu den nur mehr im deutschsprachigen Raum überwiegenden Formen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Aufgrund der fehlenden Kontrollbedingungen und der positiven Selektion von 60% der PatientInnen keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie möglich.</p>

24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Aufgrund der bereits geschilderten, sicherlich auch historisch begründeten Mängel keine Aussage möglich
----	---	---

1	Quelle	Stuhr, U: Clusteranalytische Identifikation von Therapieerfolgsgruppen. (Cluster analytic identification of successful treatment groups) In: Quint, H., Janssen PL. (Eds.) Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin, Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse, Berlin: Springer, 1987, S.142-8.
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	
3	Studientyp nach Durchsicht	- Clusteranalyse einer Psychotherapiestudie mit randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	Ib Randomisierte klinische Studien
5	Bezugsrahmen	Differentielle Psychotherapieforschung mit der Verwendung von clusteranalytischen Verfahren um die Varianzanteile der verschiedenen Therapiegruppen für unterschiedliche Verbesserungs- bzw. Verschlechterungsprozesse aufzuklären
6	Indikationen / Diagnosen	Die gleichen wie in Studie ID 1847, Hamburg Short psychotherapy comparison experiment
7	7a Fragestellung	Differentielle Wirksamkeit und Prozess-Outcome
	7b Zielsetzung	Konkretisierung der Fragestellung, 55 Klinische Beurteiler Items von Patient, Expertengruppe und Katamnester werden einer Faktorenanalyse unterzogen und zwar die Werte, die 9 Monate nach Beendigung der Therapie vollständig vorlagen. Items aus 4 Beurteilerdimensionen, nämlich Einsicht durch Expertengruppe, durch Katamnester, Verbesserung der interpersonellen Beziehung im Urteil des Patienten und symptombezogenes subjektives Wohlbefinden mit 3 Beurteilssystemen.
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Siehe ID 1847
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Psychodynamische Kurztherapie, Fokalthherapie und klientenzentrierte Beratung
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	GT
11	Studiendesign	Randomisiert
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Siehe 1847
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	
15	Beobachtungsdauer	9 Monate nach Beendigung

16	16a Zielkriterien	Symptombezogenes subjektives Wohlbefinden, Änderung, Einsicht durch die Expertengruppe, Einsicht durch Katamnestiker, Verbesserung der interpersonellen Beziehung.
	16b Zielkriterien-Erfassung	Siehe oben
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	46
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	Siehe 1847
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Siehe 1847
20	Ergebnisse	Cluster I und II sind therapierichtungsübergreifende Veränderungswerte. Das eine in positiver Richtung und das andere in negativer. Die Übereinstimmung der Experten und der Patienten ist gegeben. Cluster IV und VI sind therapiespezifisch, Cluster IV Gesprächstherapie ist dadurch charakterisiert, dass der Patient nach eigener Einschätzung jetzt besser zu Recht kommt aber nach Meinung der Experten weniger an Einsicht gewann. Cluster VI hat die psychodynamisch behandelten Patienten die im Einsichtsbereich viel profitieren und wenig im Bereich subjektives Wohlbefinden
21	Unerwünschte Therapiewirkung	
22	Fazit der Autoren	
23	Abschließende Bewertung	Eine Kurzform der Ergebnisse von Ref ID 1847. Zusätzlich zu den Vorbehalten ist geltend zu machen, dass die externen Experten zum gleichen Verbund wie die KZP gehören. Trotz Anonymisierung der Transkripte ist die Behandlungstechnik leicht zu erkennen.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Keine Relevanz für Fragestellung der Themengruppe.

1	Quelle	Tscheulin D , Walter-Klose C , Wellenhöfer G. Effektivität personenzentrierter stationäre Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2000 ; 31 (1) : 35-44
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Übernahme der in der Publikation genannten Zuordnung: „Überblick zur Qualitätssicherung“
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: -Psychotherapiestudie ohne Vergleichsgruppen (auch „Vorher-Nachher-Studien“)
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien
5	Bezugsrahmen	Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 PatientInnen an der Hochgrat-Klinik
6	Indikationen / Diagnosen	Affektive Störungen (53,4%) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (21,8%) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Stör. u. Faktoren (13,0%) Persönlichkeitsstörungen (6,2%) Verhalt.-änderungen durch psychotrope Substanzen (4,7%) Rest: sonstige
7	7a Fragestellung	Wie wirkt sich die Behandlung auf die Persönlichkeit des Pat. aus?
	7b Zielsetzung	Wie wird die Wirksamkeit der Therapie durch die Patientenpersönlichkeit und die Klinik-Gemeinschaftserfahrung geprägt?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	Wichtig: Stadium und Dauer der Erkrankung, Alter : keine Angaben Insgesamt 4000 Patienten untersucht, allerdings nur 1550 Pat. aus 2 Katamnesen und einer reinen Effektanalyse inkludiert Eventuelle Selektion : unklar
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Definition des Verfahrens: „Bad Herrenalber Modell“ von W.H.Lechler mit 5 Komponenten a.) Aufnahmeprozess mit Gruppentherapie mit tiefenpsycholog. und personenzentrierter Arbeit b.) Einem körperzentrierten, auf emotionales

		<p>Erleben, Einstellungs- und Verhaltensmodifikation ausger. Gruppenverfahren</p> <p>c.) Spezialgruppen (z.B. Essgestörte)</p> <p>d.) Motivation (12-Schritte-Modell wie bei AA)</p> <p>e.) Therap. Lehr-Lern-gemeinschaft</p>
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Entfällt Durchschnittliche Effektstärke
11	Studiendesign	Entfällt
12	Zahl der Zentren	Entfällt
13	Randomisierung	Keine
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Entfällt (s.o.)
15	Beobachtungsdauer	Prä-Post-messung. Katamnesezeitraum: 12-24 Monate
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeit: Störungssymptome, körperliche Beschwerden; subjektives Wohlbefinden, Aktivitäten und Integration, Leistungsfähigkeit; intrapsychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur und Organisation, Affekte und Kognition; Krankheitserleben und Lebensqualität; soziale Beziehungen; Aufrechterhaltung des Status quo bei schweren Störungen durch stützende Behandlung anhand von FPI, BDI, u.a. - O.g. Kriterien bei 4 Patiententypen: - 1. Testnormale - 2. Testextreme - 3. Selbstbezogene - 4. Aktionsbezogene - anhand von IBV (Inventar für Beziehungsverhalten) <p>Wirtschaftlichkeit: nein</p>
	16b Zielkriterien-Erfassung	<p>standardisierte Fragebögen, retrospektiv FPI, BDI, GT-S, KASSL, B-L, VEV, GES,</p> <p>IBV (Inventar für Beziehungsverhalten)</p> <p>KliGEB (Klinikgemeinschaft Erfahrungsbogen)</p>
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	Geplante Fallzahl. Wurde eine Fallzahlplanung (Power-Kalkulation) durchgeführt? nein

18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	N= 1550 aus N=4000 Eingeschlossene Patienten ergaben sich aus der Anzahl der Pat. , für die 2 Katamnesen und eine reine Effektanalyse vorlagen Keine ITT-Analyse
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	Vergleichbarkeit gegeben. Allerdings wurden keine verschiedenen Verfahren verglichen , sondern Gruppen aufgrund bestimmter Patientencharakteristika (Persönlichkeitsmerkmale) s.a. 16a
20	Ergebnisse	Testnormale hatten das geringste Ausmaß an positiver Veränderung. Die zum Messzeitpunkt (Katamnese) 1 und 2 ermittelten Werte für Wertschätzung, Empathie, Selbstkongruenz, Akzeptationsbreite für die Therapeuten sind sehr hoch.
21	Unerwünschte Therapiewirkung	entfällt
22	Fazit der Autoren	Nach Meinung der Autoren ist klar, dass in der untersuchten Klinik die mit dem Inventar der IBV überprüfte Qualität der Psychotherapie personenzentriert ist. Allerdings nur als „Haltung, die TherapeutInnen waren Tiefenpsychologen, Verhaltenstherapeuten, Gestalttherapeuten oder auch Gesprächspsychotherapeuten, Familientherapeuten.
23	Abschließende Bewertung	Es handelt sich nicht um Gesprächspsychotherapie, sondern um das „Bad Herrenalber Modell“. Die TherapeutInnen waren tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten, Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten, Familientherapeuten mit einer humanistischen und personenzentrierten Haltung.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Es wurde die Qualität der Psychotherapie an einer Klinik untersucht, die das Bad Herrenalber Modell anwendet. Innerhalb dieses Modells waren Psychotherapeuten mit 5 verschiedenen Ausbildungen tätig. Die Anteile der einzelnen Verfahren am Outcome wurden nicht differenziert untersucht (dies war von den Autoren auch nicht beabsichtigt). Ein Rückschluß auf die ambulante Versorgung in Deutschland ist nicht möglich.

1	Quelle	Westermann B, Schwab R, Tausch R, Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. Z Klin. Psychol. 1983; 12:273-92
2	Studientyp vom Autor bezeichnet als	Kontrollierte klinische Studie
3	Studientyp nach Durchsicht	Zuordnung zu einem der folgenden Studientypen: - Psychotherapiestudie mit nicht-randomisierter Vergleichsgruppe
4	Formale Evidenzkategorie gemäß Verfahrensordnung	IIb Prospektive vergleichende Kohortenstudien
5	Bezugsrahmen	n=164 von n=187 Klienten, die an der PT-Beratungsstelle des psychologischen Instituts III der Universität Hamburg an personenzentrierter GT und der Nachuntersuchung 4 Wochen später teilnahmen. Die vorliegende Untersuchung diente der genaueren Prüfung der Auswirkungen und Prozesse bei sog. Psychoneurotischen Klienten. Interessenkonflikte: nicht bekannt
6	Indikationen / Diagnosen	164 Klienten aus einer psychotherapeutischen Beratungsstelle die sie wegen seelischer Beeinträchtigungen aufgesucht hatten. - starke Unsicherheit der eigenen Person (61 %) - Kontaktschwierigkeiten (54 %) - Familien- und Partnerschwierigkeiten (41 %) - Berufs- und Arbeitsschwierigkeiten (32 %) - Beeinträchtigungen im Gefühlsbereich (35 %) - Ferner gaben 62 % der Klienten körperliche Beeinträchtigungen an, z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Verdauungsbeschwerden, etc.
7	7a Fragestellung	Wie viel Prozent sog. psychoneurotischer Klienten ändern sich durch personenzentrierte Gesprächsgruppen in ihren Hauptbeeinträchtigungen günstig, gar nicht oder ungünstig, verglichen mit wartenden Klienten ohne Psychotherapie?

	7b Zielsetzung	Welche zusätzlichen seelischen Änderungen finden bei den Klienten statt? Mit welchen Prozessmerkmalen der Klienten und der psychotherapeutischen Helfer hängen günstige bzw. ungünstige Änderungen der Klienten zusammen?
8	Relevante Ein- und Ausschlusskriterien	n=164 aus n=187 56 % weiblich, 43 % ledig, 35 % alleinlebend, 48 % in knappen/unzureichenden finanziellen Verhältnissen, 74 % aus Hamburg, Durchschnittsalter 33 Jahre, 57 % Haupt- oder Mittelschulabschluss, 43 % Abitur, 62% Angestellte und Beamte, 12 % Studenten, 10 % Auszubildende Ausschlusskriterien: Personen mit „sog. Psychosen“, starker Drogen- und Alkoholabhängigkeit Wartegruppe: n=45 resultierte aus Überlastung der Helfern, Anmietung der Räumlichkeiten u. a. keine signifikanten Unterschiede zur PT-Gruppe (Chi ² -Test; t-Test)
9	Angewandtes Psychotherapieverfahren	Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie über 2 ½ Tage an einem Wochenende mit der Möglichkeit von 10 wöchentlichen Nachtreffen zu 2,5 h. Die Nachtreffen begannen 5 Wochen nach der Wochenendgruppe, 1 Woche nach Rücksendung des Nachtests I.
10	Vergleichend angewandte Therapieverfahren	Wartegruppe: erhielten später gruppenzentrierte Psychotherapie
11	Studiendesign	Anzahl der Behandlungsarme, 2 parallel
12	Zahl der Zentren	1
13	Randomisierung	Entfällt
14	Concealment („Maskierung“ der Randomisierung)	Entfällt
15	Beobachtungsdauer	4 Wochen vor Beginn der Gruppenpsychotherapie (n=187), 4 Wochen nach der Gruppenpsychotherapie (n=164) sowie 6 Monate nach der Gruppenpsychotherapie (n=134)
16	16a Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung, Umgang und Ausdruck von Gefühlen (87 %) - Kontaktschwierigkeiten (83%) - Unsicherheiten im Selbst (80 %) - Ängste und Phobien (74 %) - Psychosomatische Beeinträchtigungen (70 %)

	16b Zielkriterien-Erfassung	Die individuelle Beeinträchtigungsliste, Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), SKS, ISE															
17	Anzahl der zu behandelnden Patienten	n=187, Messzeitpunkt 1 n=164, Messzeitpunkt 2 n=134, keine Fallzahlplanung															
18	Zahl und Charakteristika der eingeschlossenen und ausgewerteten Patienten	<p>Teilnehmer der Personenzentrierten Gruppenpsychotherapie n=187, Messzeitpunkt 1 n=164, Messzeitpunkt 2 n=134</p> <p>Sind die Ausfälle von Studienteilnehmern (drop-outs) dokumentiert und begründet? - Ja</p> <p>Erfolgte ein Wechsel der Behandlungsgruppe? – Nein</p> <p>Erfolgte eine intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse) oder eine Analyse per protocol (explanatorisch)? – Nein</p> <p>Falls keine ITT-Analyse durchgeführt wurde: Gibt es Hinweise auf systematische und relevante Unterschiede zwischen den Drop-outs und den gemäß Studienprotokoll behandelten Patienten: Die Autoren geben an, dass die positive Endauswertung auch bei unterstellter negativer Bewertung durch die Drop-outs nicht in Frage gestellt wäre.</p>															
19	Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen	<p>Dokumentation: Liegen die Angaben, getrennt nach Behandlungsgruppen, in tabellarischer Form nachvollziehbar vor (z. B. zu Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, relevante prognostische Faktoren, Begleittherapien etc.)? – Ja</p> <p>Gibt es relevante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen? - Nein</p> <p>Wurden die Gruppen bis auf die Intervention gleich behandelt (Behandlungsgleichheit)? - Ja</p>															
20	Ergebnisse	<table> <thead> <tr> <th>Änderungskategorie</th> <th>TG* n=164</th> <th>WG* n=45</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deutlich gebessert</td> <td>23 %</td> <td>5 %</td> </tr> <tr> <td>Gebessert</td> <td>62 %</td> <td>13 %</td> </tr> <tr> <td>Unverändert</td> <td>7 %</td> <td>73 %</td> </tr> <tr> <td>Verschlechtert</td> <td>8 %</td> <td>9 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Chi² = 96,6, df = 3, p<0,001</p>	Änderungskategorie	TG* n=164	WG* n=45	Deutlich gebessert	23 %	5 %	Gebessert	62 %	13 %	Unverändert	7 %	73 %	Verschlechtert	8 %	9 %
Änderungskategorie	TG* n=164	WG* n=45															
Deutlich gebessert	23 %	5 %															
Gebessert	62 %	13 %															
Unverändert	7 %	73 %															
Verschlechtert	8 %	9 %															

		<ul style="list-style-type: none"> - Halten Sie Gespräche diese Art für sich und andere für wichtig und Hilfreich? ja 94 %, nein 2 %, ohne Angabe 4 % - Qualifizierte Therapeuten (Helfer) wurden durch die Patienten besser bewertet als Co-Therapeuten (weniger erfahren). <p>Siehe auch Tabelle 2</p> <p>* TG= Therapiegruppe * WG= Wartegruppe</p>
21	Unerwünschte Therapiewirkung	<p>8 % der Klienten der Therapiegruppe nahmen sich als verschlechtert, 7 % als unverändert wahr.</p> <p>Sonst keine Aussagen</p>
22	Fazit der Autoren	<p>164 Klienten mit sog. psychoneurotischen Beeinträchtigungen nahmen an einer 2,5 tätigen personenzentrierten Gruppenpsychotherapie mit Nachtreffen teil, pro Gruppe ca. 10 Klienten und 2 Psychotherapeuten. 4 Wochen nach der Gruppentherapie waren 23 % der Klienten deutliche gebessert, 62 % gebessert, 7 % unverändert und 8 % verschlechtert. Die Änderungen erfolgten in individuell verschiedenartigen Beeinträchtigungen sowie in Tests, z.B. Selbstkonzept. Bei der Testuntersuchung 6 Monate nach Psychotherapie ergab sich eine deutliche Zunahme der Besserungen. Eine Änderung in Richtung eines gesünderen Lebensstiles bei einem Teil der Klienten ist wahrscheinlich. Die Änderungen der Klienten hingen deutlich zusammen mit den von Carl Rogers als notwendig und hinreichend angenommenen 3 Qualitäten der Helfer. Ferner sei beeindruckend gewesen, dass unveränderte und verschlechterte Klienten wenig günstige Erfahrungen in den Gruppengesprächen machten. Folgerungen für die praktische Tätigkeit der Therapeuten werden diskutiert.</p>
23	Abschließende Bewertung	<p>Unklar, ob Störungen von Krankheitswert behandelt wurden. Die von den Autoren beschriebene „Änderung in Richtung eines gesünderen Lebensstiles bei einem Teil der Klienten“ ist eine für die Leistungsentscheidung unzureichende Kategorie, da derartige Ziele durch eine Lebensberatung, körperliches Training, etc. auch erreicht werden könnten.</p> <p>Die Behandlung der Klienten ausschließlich in</p>

		Gruppentherapieform über 2,5 Tage lässt ein hohes Funktionsniveau der Klienten vermuten.
24	Bedeutung für ambulante Versorgung	Die generelle Wirksamkeit der personenzentrierten Gruppenpsychotherapie für die Behandlung psychischer Störungen von Krankheitswert im Sinne des SGB V ist durch diese Studie nicht ausreichend belegt.

12.10 Kurzauswertungen

Arnold	566	Lambert	580
Asay	566	Murray	581
Beutler	567	Nichols	583
Biermann-Ratjen	568	Oei	584
Birmaher	568	Raskin	584
Borkovec	569	Richter	585
Bower	570	Rogers	586
Bruhn	571	Sachse	586, 587, 589
Carkhuff	572	Sauer	590
Cross	573	Schauenburg	590
Diepgen	574	Schöll-Schwinghammer	591
Eckert	575	Schwab	591
Eckert, Biermann-Ratjen	574	Shlien	593, 594
Elkin	575	Stiles	594
Fleming	576	Stravynski	595
Frohburg	576, 577	Stuhr	595
Gaynor	578	Tang	596
Gruen	578	Thornett	596
Hand	578	Watkins	596
Hecker	579	Wilhelm	597
Jacobs	580	Wissenschaftlicher Beirat	597
Kolko	580		

Arnold

1	Quelle	REF ID 2331 Arnold E., Grawe K. Deskriptive Einzelfallanalysen. Eine Strategie zur Untersuchung von Wirkungszusammenhängen in der Psychotherapie. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 1989; 37(3):262-76
2	2a Fragestellung	Keine Wirksamkeitsstudie. Methodische Arbeit, in der Einzelfallanalysen in Verbindung mit einer quasi-experimentellen Therapiestudie untersucht werden, um zu sehen, wie und ob aus deskriptiven Einzelfallanalysen methodenspezifische Wirkungszusammenhänge in psychotherapeutischen Prozessen abgeleitet werden können. Verglichen werden je 8 Patienten aus einer bereits vorliegenden Therapievergleichsstudie (Grawe et al., 1986), die mit Gesprächspsychotherapie und interaktioneller VT behandelt wurden.
	2b Zielsetzung	Prozess-Outcomes-Studien? Ja Aufbereitung des Materials mittels deskriptiven und korrelationsstatistischen Verfahren und nachfolgende Beschreibung individueller Datenmuster
3	Ergebnisse	Bei VT-Pat. besteht ein weniger starker Zusammenhang zwischen der Schwere der Ausgangsproblematik und dem Therapieergebnis als bei mit GT behandelten Pat.. Die positive Einschätzung des Therapieverlaufs korreliert mit einem positiven Therapieergebnis
4	Bewertung	Interessante Arbeit zur ‚theorienvorbereitenden Empirie‘. Nicht relevant für Fragestellung der Themengruppe.

Asay

1	Quelle	Ref ID 3388 Asay TP, Lambert MJ. Empirische Ergebnisse für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Eds). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Modernes Leben 2001
2	2a Fragestellung	Zusammenstellung von Forschungsergebnissen über die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie.
	2b Zielsetzung	Allgemeine Übersicht über die Literatur
3	Ergebnisse	Aussage: allgemeine Faktoren sind wichtiger für das Ergebnis als methodenspezifische
4	Bewertung	Nicht relevant für Fragestellung der Themengruppe

Beutler

1	Quelle	Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures L E Beutler et al. 1991
2	2a Fragestellung	In der vorliegenden Studie werden – unter Bezug auf die Studien 1 und 2 - Prädiktoren für die Wirksamkeit von verschiedenen Gruppentherapieformen vs. selbstbestimmter Therapie diskutiert. Es werden als Gruppentherapien die VT (Gruppe) und die fokussierte expressive Therapie (FEP) hinsichtlich bestimmter patientenbezogener Copingstrategien diskutiert. Abgesehen davon , dass der eigentliche Fokus der Studie im Vergleich der Copingstrategien in Bezug auf eine eventuell bessere Passung der untersuchten Therapien lag , handelt es sich bei der FEP um eine Gruppentherapieform die auf der Gestalttherapie beruht.
	2b Zielsetzung	Allerdings werden die Patienten als „mildly depressed“beschrieben
3	Ergebnisse	Die Haupteffekte der Therapien unterschieden sich nur unwesentlich, allerdings mit einem (geringen) Vorteil für die Verhaltenstherapie. Eigentliches Ergebnis der Studie sei die Feststellung von Interaktionen zwischen Coping und Abwehr in Bezug einer Passung zu direktiven und nondirektiven Therapien. Die nondirektive „Therapie“ wurde von Studenten durchgeführt durch dreißigminütige Telefonate einmal wöchentlich, verbunden mit der Ermunterung, Selbsthilfeliteratur zu lesen. Auch dies ist nicht als Verfahren i.S. der Gesprächspsychotherapie zu werten.
4	Bewertung	Kein Vergleich mit Gesprächspsychotherapie. GT wurde als Therap. gar nicht angewandt.

Beutler

1	Quelle	University of Arizona: Searching for differential treatments L E Beutler et al., 1991
2	2a Fragestellung	Der Artikel gibt eine Übersicht über die seit 1979 (bis 1991) durchgeführten naturalistischen und kontrollierten Studien im stationären und ambulanten Bereich. Dabei wird auch ausführlich auf die Veröffentlichungen 1-3 unserer Einschlussliste eingegangen. Ausführlich werden die beobachteten Korrelationen zwischen Coping und Abwehr als Patientenvariablen im Verhältnis zur Anwendung direktiver vs. nondirektiver Therapien sowie des Therapeutenverhaltens diskutiert. Hieraus abgeleitet werden Forschungsansätze, die für die Zukunft geplant sind, vorgestellt. Die Autoren beabsichtigen zu untersuchen , inwieweit die Wirksamkeit von Psychotherapie verbessert werden kann durch die Kombination von Therapien mit dem Ziel, Behandlungsverfahren, Copingstyle des Patienten und Grad der Abwehr im Vorfeld zu bestimmen.

	2b Zielsetzung	Entfällt, da über künftig beabsichtigte Studien gesprochen wird.
3	Ergebnisse	Die kurze Darstellung der abgelaufenen Forschung deckt sich mit den Ergebnissen, die in den Studien 1 bis 3 dargestellt wurde. Zu den geplanten bzw. beabsichtigten Studien ist keine Aussage möglich. Allerdings liegt hier der Focus auf der interkulturellen Erprobung und Validierung der Ergebnisse der FEP, die als gestaltbasierte Therapie kein Richtlinienverfahren darstellt.
4	Bewertung	Keine Forschung mit Bezug auf Gesprächspsychotherapie.

Biermann-Ratjen

1	Quelle	Bierman-Ratjen EM, Eckert J. Gesprächspsychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. PPT Persönlichkeitsstörungen 1999; 3:90-7e
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Grundsätzliche Wirksamkeit der GT bei Borderline-Störungen? Behandlung von 14 Borderline-Patienten nach psychiatrischem Aufenthalt in inhomogenen Therapiegruppen. Messung des Therapieerfolgs mit dem DIB= Diagnostischen Interview für Borderline-Patienten
3	Ergebnisse	Der anders geartete Ansatz der GT zum Verständnis der borderlinespezifischen Abwehr (vor allem Verlust der Impulskontrolle) führt zu stabiler Reduktion der Borderlinesymptomatik im DIB, die auch in der Katamnese stabil ist.
4	Bewertung	Es handelt sich hier um einen zusammenfassenden Artikel über die Ergebnisse einer andernorts veröffentlichten Studie: Ref ID 3421 Eckert, Biermann-Ratjen, Wuchner

Birmaher

1	Quelle	Birmaher B. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000; 57 (1): 29-36.
2	2a Fragestellung	Effekte unterschiedlicher Behandlungen (kognitiv-behaviorale Therapie, systematische Familienverhaltenstherapie, nicht-direktive stützende Therapie) bei Jugendlichen (Alter: 13-18 Jahre) mit Major Depression gemäß DSM III-R

	2b Zielsetzung	<p>Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten, die mit kognitiv-behavioraler Therapie behandelt wurden, zeigen langfristig bessere Behandlungserfolge als Patienten, die mit systematischer Familienverhaltenstherapie oder mit nicht-direktiver stützender Therapie behandelt wurden. - Patienten mit schwererem klinischen Krankheitsbild (stärkere Depression und geringgradiges Funktionsniveau), komorbiden Störungen, psychopathologisch auffälligen Eltern und Familienkonflikten haben längere depressive Episoden, eine größere Wahrscheinlichkeit depressive Rückfälle zu erleiden und weisen eine höhere Frequenz chronischer, dauerhafter Depression auf.
3	Ergebnisse	<p>In der follow-up Phase (alle drei Monate nach Behandlungsende innerhalb eines Jahres und 24 Monate nach Behandlungsende) fanden sich in den Ergebnisvariablen (depressive Symptome, Funktionsniveau und kognitive und familiäre Variablen) keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsgruppen.</p> <p>Kognitiv-behaviorale Therapie war nur in Bezug auf kurzfristige Behandlungserfolge, direkt nach Beendigung der Behandlung, überlegen.</p>
4	Bewertung	<p>Studie nicht relevant, da Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren untersucht wurden und keine Erwachsenen.</p>

Borkovec

1	Quelle	<p>Borkovec TD , Mathews AM , Chambers A , Ebrahimi S , Lytle R , Nelson R ;</p> <p>The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. J Consult Clin Psychol 1987 ; 55(6) : 883-888</p>
2	2a Fragestellung	<p>Die Studie mit vergleichsweise geringer Fallzahl(n=30) vergleicht die therapeutischen Effekte der Entspannungsverfahren in Kombination mit 1.Verhaltenstherapie(VT) und 2. Nondirektiver Therapie (GT) bei PatientInnen mit generalisierter Angststörung. Desweiteren wird die Bedeutung der entspannungsinduzierten Angst untersucht. Fokus war also primär die Untersuchung der Wirksamkeit von Entspannungsverfahren in Kombination mit GT oder VT</p>
	2b Zielsetzung	<p>Primäre Zielsetzung war die Untersuchung der Wirksamkeit von Entspannungsverfahren in Kombination mit VT oder GT. Die Therapien wurden durch 16 „graduate student clinicians“ durchgeführt.</p>

3	Ergebnisse	Die gesamte Gruppe zeigte eine signifikante Verbesserung der Angstsymptomatik, gemessen durch psychiatrische Untersucher, Fragebögen und Patientenselbsteinschätzungen. Für die Gruppe Relaxation+VT konnten dabei signifikant bessere Ergebnisse nachgewiesen werden als für die Gruppe Relaxation+GT.
4	Bewertung	Definition und Durchführung der ND-Bedingung lässt keine Rückschlüsse zu, dass es sich um GT handelt, wie sie in Deutschland angewandt wird Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen

Bower

1	Quelle	Bower P.: Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. BMJ 2000; 321 (7273): 1389-92. Ref. ID 997
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Vergleich der Effektivität von nicht-direktiver Beratung, kognitiver Verhaltenstherapie und allgemeinärztlicher Behandlung bei der Behandlung von Depression und Angst und Depression gemischt in Bezug auf unterschiedliche Kosten (direkte Behandlungskosten wie Kontakte mit primary and secondary public health services, Psychopharmaka und private Gesundheitsdienste, Krankenhauseinweisungen; Kinderbetreuung und Fahrtkosten; indirekte Kosten durch Produktionsausfall, Arbeitsunfähigkeitstage). Fortsetzungsstudie s.o.
3	Ergebnisse	Die Patienten, die mit nicht-direktiver Beratung und mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten nach vier Monaten eine signifikant höhere Reduktion bezüglich depressiver Symptome als diejenigen, die mit den üblichen allgemeinärztlichen Maßnahmen behandelten. Nach zwölf Monaten ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsgruppen mehr nachweisen. Keine statistischen Unterschiede zwischen den drei Behandlungsarten in Bezug auf soziale Kosten, direkte Kosten oder Kosten durch Produktionsausfälle sowie Arbeitsunfähigkeitstage nach vier und zwölf Monaten nachweisbar.
4	Bewertung	Verkürzte Veröffentlichung von King, M., Sibbald, B. et al Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy ... etc. Health Technology Assessment 2000, 4 (19) 1-84. ist deckungsgleich mit Bower Siehe Langauswertung dort.

Bruhn

1	Quelle	Bruhn M., Schwab R., Tausch L. Die Auswirkungen intensiver personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Klienten mit seelischen Beeinträchtigungen. Z Klin Psychol 1980; 9 (4): 266-80.
2	2a Fragestellung	Wirksamkeit „intensiver personenzentrierter Gruppenbegegnungen“.
	2b Zielsetzung	<p>Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensive personenzentrierte Gruppenbegegnungen von 2 ½ tägiger Dauer fördern die seelische Funktionsfähigkeit bei einem wesentlichen Prozentsatz der Klienten einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle und mindern ihre seelischen Beeinträchtigungen, verglichen mit Klienten ohne derartige psychotherapeutische Erfahrungen. - Die Änderung der Klienten dauern mindesten ein halbes Jahr an. - Das Ausmaß der Änderungen der Klienten hängt wesentlich davon ab, in welchem Ausmaß sie sich in den Gruppenbegegnungen öffnen und wie sie die Gruppenhelfer in den wesentlichen Haltungen wahrnehmen. - Die Zahl der Klienten, die durch die Gruppenbegegnungen beeinträchtigt werden, ist gering.
3	Ergebnisse	<p><u>4 Wochen nach der Gruppenmaßnahme:</u></p> <p>Bei 71% der Gruppenteilnehmer Verbesserung im Gesamt der individuellen Beeinträchtigungen; Verschlechterungen bei 8% der Gruppenteilnehmer und bei 32% der Warteklienten.</p> <p><u>6 Wochen nach der Gruppenmaßnahme:</u></p> <p>die beim 4-Wochen-Nachtest aufgetretenen positiven Veränderungen der Klienten in den Tests (FPI, ISE, Selbstkonzept-Skala) blieben im Nachtest nach 6 Wochen nicht nur bestehen, sondern waren deutlich positiver.</p>

4	Bewertung	<p>Bei den hier durchgeführten Gruppenbegegnungen handelt es sich um Encounter-/Selbsterfahrungsgruppen und nicht um Gruppentherapie i.S. einer Krankenbehandlung.</p> <p>Es ist nicht ersichtlich, ob und welche psychischen Störungen von Krankheitswert hier vorlagen.</p> <p><u>Methodik:</u></p> <p>Es liegen nur prozentuale Angaben vor. Auswertung und Ergebnisse nicht nachprüfbar.</p> <p>Wie ermittelt wurde, dass die Änderungen in den individuellen Beeinträchtigungen bei 45% der Klienten auf die Gruppenbegegnungen zurückgeführt werden kann, wird nicht dargelegt.</p> <p>Es wird zwar angegeben, dass mehr als ein Viertel der Klienten regelmäßig Psychopharmaka einnehmen (S.268), differenzierte Angaben hierzu liegen nicht vor. Keine Kontrolle dieser Variable und keine Berücksichtigung bei der Interpretation der Ergebnisse.</p>
----------	------------------	--

Carkhuff

1	Quelle	<p>Lay Mental Health Counseling. The Effects of Lay Group Counseling</p> <p>R.R.Carkhuff , C.B. Truax</p> <p>Journal of consulting psychology , 1965 , Vol. 29 , No. 5 , 426-431</p>
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	<p>80 Patienten die langzeithospitalisiert waren (im Durchschnitt 13,5 Jahre) wurden in 8 Gruppen von jeweils 10 Patienten eingeteilt und mit einer Kontrollgruppe von 70 „normalen“ Patienten verglichen. Die Therapeuten waren „Hilfsterapeuten“ nämlich 3 Stationshilfen, ein freiwilliger Stationshelfer und ein Arbeits (INDUSTRIAL) Therapeut. 3 hiervon hatten keine Hochschulreife sondern einen normalen Schulabschluß (Highschool). Diese Therapeuten wurden kurz geschult i.S. eines „insightoriented „ Vorgehens.</p> <p>Untersuchung ob „insightoriented“ Gruppentherapien, durchgeführt durch Laien , bei diesen 80 PatientInnen zu einem besseren Verhalten auf Station (weniger Aggressivität, psychische Anfälligkeit, inter- und intrapersonelle Befürchtungen) führen würde als bei den 70 Kontrollpatienten.</p>

3	Ergebnisse	Die 80 Langzeithospitalisierten PatientInnen waren mit einer Ausnahme durch die zuteilgewordene Aufmerksamkeit in der Laiengruppentherapie in den Zielparametern (s. Tabelle 1) gebessert. Es werden die spezifischen Probleme des Liantteams thematisiert.
4	Bewertung	Aufgrund der unzureichenden Qualifikation der Lientherapeuten und des für Deutschland unzeitgemäßen stationären Settings (1965) keine Aussage zur GT möglich.

Cross

1	Quelle	Cross DG, Sheehan PW, Khan JA. Alternative advice and counsel in psychotherapy. J. Consult Clin Psychol 1980; 48 (5): 615-25
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Vgl. je 15 Pat. „insight-oriented“ und „behavioral“ Kurzzeittherapie sowie Kontrollgruppe, durchgeführt in Queensland, Australien. Die „insight-oriented therapy“ wurde beschrieben als bestehend aus Gestalttherapie und Transaktionsanalyse, also keine GT. Machbarkeit ? Gegeben Ziel der Studie war primär nicht der Vgl. der beiden Verfahren, sondern die Fragestellung, ob und wie alternative Beratung, Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde, Pastoren, Kollegen etc. durch die Patienten gesucht werden und wie sie die Therapieergebnisse beeinflussen.
3	Ergebnisse	Beide Kurztherapieformen sind wirksam. Beide suchen signifikant mehr nichtprofessionelle Unterstützung als die Kontrollgruppe. Die VT-Gruppe konnte nichtprofessionelle Hilfe am besten akzeptieren. Die „Alternative Counsel Scale“ erwies sich als valides Untersuchungsinstrument. Weitere Untersuchungen zum Einfluss der nichtprofessionellen Beratung auf die Therapie notwendig.
4	Bewertung	Für die Fragestellung der Themengruppe Gesprächspsychotherapie irrelevant

Cross

1	Quelle	Cross Dg, Sheehan PW, Khan JA. Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. J Consult Clin Psychol 1982; 50 (1): 103-12
2	2a Fragestellung	Grundsätzliche Wirksamkeit? ja Vergleichende Wirksamkeit? GT Elemente? Nein Siehe auch Studie 10 Vgl. je 15 Pat. „insight-oriented“ und „behavioral“ Kurzzeittherapie sowie Kontrollgruppe, durchgeführt in Queensland, Australien. Die „insight-oriented therapy“ wurde beschrieben als bestehend aus Gestalttherapie und Transaktionsanalyse, also keine GT.

	2b Zielsetzung	Machbarkeit? Prozess-Outcomes-Studien? Ziel der Studie war primär nicht der Vgl. der beiden Verfahren, sondern die Fragestellung, ob und wie alternative Beratung, Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde, Pastoren, Kollegen etc. durch die Patienten gesucht werden und wie sie die Therapieergebnisse beeinflussen.
3	Ergebnisse	ggf. Darstellung der Ergebnisse. Beide Kurztherapieformen sind wirksam. Beide suchen signifikant mehr nichtprofessionelle Unterstützung als die Kontrollgruppe. Die VT-Gruppe konnte nichtprofessionelle Hilfe am besten akzeptieren. Die „Alternative Counsel Scale“ erwies sich als valides Untersuchungsinstrument. Weitere Untersuchungen zum Einfluss der nichtprofessionellen Beratung auf die Therapie notwendig. Beziehungsfaktoren wahrscheinlich von größerer Bedeutung als Psychotherapietechnik oder Prozedur
4	Bewertung	Für die Fragestellung der Themengruppe Gesprächspsychotherapie irrelevant

Diepgen

1	Quelle	Diepgen R. Münchenhausen-Statistik. Eine Randbemerkung zu einer Argumentationsfigur von Grawe. (1992) Psychol Rundschau 1993;44(3)176-7
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Keine Fragestellung Grundsätzliche Kritik an den statistischen Berechnungen von Grawe. Machbarkeit? Prozess-Outcomes-Studien? nein
3	Ergebnisse	ggf. Darstellung der Ergebnisse:..entfällt
4	Bewertung	Nicht relevant:

Eckert, Biermann-Ratjen

1	Quelle	Eckert J , Biermann-Ratjen EM Client centered therapy versus psychoanalytic psychotherapy; reflections following a comparative study. In: Lietaer G, Rombauts J, Van Balen R (Eds). Client-centered Therapy in the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press. 1990, p. 457-68
---	---------------	---

2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Es wird allgemein auf die Unterschiedlichkeit der therapeutischen Ansätze in den einzelnen Therapiemethoden eingegangen (z.B. Analyse als „insight-oriented“ beschrieben. Dann wird kurz auf eine Studie, die 1985 publiziert wurde, verwiesen. Dabei handelt es sich um einen Vergleich zwischen GT(CCT) und Analyse(PA) als Gruppentherapieform unter vollstationären Bedingungen über 3 Monate (CCT n= 117) ; (PA n=91) , Durchschnittsalter : 27 Jahre</p> <p>Geschlechterverteilung: annähernd gleich</p> <p>Messpunkte vor Beginn, zum Abschluß und nach 2 Jahren</p> <p>Darstellung der differentiellen Wirksamkeit</p> <p>Darstellung der unterschiedlichen therapeutischen Beziehung</p>
3	Ergebnisse	<p>Die unterschiedlichen Therapien bieten den PatientInnen unterschiedliche therapeutische Beziehungen und jeweils einen unterschiedlichen therapeutischen Focus (insight-oriented bei PA versus empathisch-beziehungsorientiert bei GT).</p> <p>Es wird vermutet, dass die PatientInnen, die in einem Verfahren keine Besserung erreichen konnten, dies in einem anderen hätten erreichen können.</p>
4	Bewertung	Die Originaldaten werden mit der Publikation RefID 2462 bewertet.

Eckert

1	Quelle	<p>Eckert J. Heilfaktoren in der Gruppentherapie. Empirische Untersuchungen über wirksame Faktoren im gruppenpsychotherapeutischen Prozess.</p> <p>Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1981;17(2):142-62</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Ermittlung gruppentherapiespezifischer Wirkungen und Erwartungen sowie die Beurteilung von Heilfaktoren in der Gruppentherapie anhand des Q-Sorts (60 Items umfassend)</p> <p>Überprüfung der Anwendbarkeit des Q-Sorts und der oben beschriebenen Wirkfaktoren in der Gruppentherapie. Psychotherapiegruppe versus Encountergruppe. In der Psychotherapiegruppe befanden sich eine GT-Gruppe und eine psychoanalytische Gruppe; beide wurden jedoch zusammengefasst, da sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Heilfaktoren ergaben.</p>
3	Ergebnisse	Unterschiede bezüglich der Wirkfaktoren zwischen Encountergruppe und Psychotherapie-Gruppe. PatientInnen nehmen diese Unterschiede geringer wahr als die TherapeutInnen.
4	Bewertung	Keine Aussage zur Bewertung der klientenzentrierten Psychotherapie ableitbar

Elkin

1	Quelle	Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotzky SM, Watkins JT & Hedeker D. (1995) Initial severity and differential treatment outcome J Consult Clin Psychol, 63 (5), 841-847
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Diese ansonsten sehr interessante Studie entfällt, da zwar CBT, IPT, Imipamin und Placebo, nicht jedoch der Gesprächstherapie auch nur ähnliche Verfahren verwendet wurden.

Fleming

1	Quelle	Fleming BM & Thornton DW (1980). Coping skills training as a component in the short-term treatment of depression. J Consult Clin Psychol, 48 (5), 652-654
2	2a Fragestellung	Vergleichende Wirksamkeit von kognitiver Gruppentherapie (Cog), Verhaltenstherapie in Gruppe (Beh) und ‚non-directive treatment‘ (ND).
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	- Alle Patienten in allen Gruppen verbesserten sich in allen benutzten Maßen, keine Unterschiede zwischen den Maßen, bis auf Pleasant Events Schedule
4	Bewertung	Keine GT

Frohburg

1	Quelle	ID 3377 Frohburg I, Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV. Psychotherapeutenjournal 2004;4:320-6
2	2a Fragestellung	Stellungnahme in der die Befunde zur Wirksamkeit der GT im Allgemeinen und zur verfahrensspezifischen Indikation im Besonderen vorgestellt werden
	2b Zielsetzung	Machbarkeit? Prozess-Outcomes-Studien? nein

3	Ergebnisse	Es gibt Pat., die besonders gut von GT profitieren. Dies verhindert Mehrfachbehandlungen. Es gibt Pat., die nach Vorbehandlungen mit anderen verfahren doch noch von einer GT profitieren. Gt erhöht die Möglichkeit einer guten ‚Passung‘ zwischen Pat. und Therapiemethode.
4	Bewertung	Zusammenfassende Stellungnahme. Die dort aufgeführten Studien sind bereits andernorts bewertet.

Frohburg

1	Quelle	Frohburg, I.: Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie, Stellungnahme von Frau Prof. Dr. Frohburg; Stellungnahme 2004 ÄGG, DPGG, GWG; Stellungnahme 2004 der Universität Hamburg
2	2a Fragestellung	Es sollte der Frage nachgegangen werden ob und gegebenenfalls welche Unterschiede es in der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie und der psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Richtlinienpsychotherapie aus der Sicht der komparativen Effektivitätsforschung gibt.
	2b Zielsetzung	Das Ziel besteht darin darzulegen, dass die Gesprächspsychotherapie bei Gleichwertigkeit summarischer Effekte einen verfahrensspezifisches Indikations- und Effektivitätsspektrum aufweist. Es soll damit der zusätzliche Nutzen für die kassenärztliche Versorgung begründet werden.
3	Ergebnisse	Es werden zwei Ansatzpunkte gewählt: Erstens: die Ergebnisse der neuesten Meta-Analyse empirischer Vergleichsuntersuchungen von Elliott, Greenberg und Lietaer (2004) soweit sie sich auf die Vergleiche von Gesprächspsychotherapie und den etablierten Richtlinienverfahren beziehen und Zweitens: Es wird ein Überblick gegeben über effektbezogene Vergleichsuntersuchungen in den genannten Verfahren die im deutschsprachlichen Raum durchgeführt wurden. Dies sind die Studien von: Grawe und Plog (1976) Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt (1969 bis 1986) Berner Therapievergleichsstudien (1979 bis 1990) Untersuchungen von Teusch, Finke und anderen (1990 und ff.) sowie ferner Globale Wirklichkeitsvergleiche (Metaanalysen) und Differentielle Wirksamkeitsvergleiche. Die Autorin kommt in ihrem Fazit zu dem Ergebnis das auf Grund der Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zur verfahrensspezifischen Effektivität der Gesprächspsychotherapie deren Eignung und Effektivität in der ambulanten und in der stationären Krankenbehandlung seit langem vielfältig und eindeutig bewiesen sei.

4	Bewertung	Es handelt sich bei diesem Beitrag um eine Überblicksarbeit. Es ist selbst keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review, sondern eine Stellungnahme. Für Fragestellung der Themengruppe daher nicht unmittelbar verwertbar. Die Primärstudien wurden von der TG ausgewertet.
---	------------------	--

Gaynor

1	Quelle	Gaynor ST, Weersing VR, Kolko DJ, Birmaher B, Heo J & Brent DA (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. J Consult Clin Psychol, 71 (2), 386-393
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt aufgrund eines Durchschnittsalters von 15 Jahren

Gruen

1	Quelle	Gruen, W.: Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks. J. Consult Clin Psychol 1975,43, (2) 223-32.
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Entfällt Entfällt
3	Ergebnisse	Entfällt
4	Bewertung	Kann nicht ausgewertet werden, weil keine Behandlungsverfahren im Sinne der Gesprächstherapie angewandt wurde.

Hand

1	Quelle	Iver Hand: Die Berner Therapievergleichsstudie: Was sollte verglichen werden, was wurde verglichen - was wurde gefolgert und was kann gefolgert werden Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1991;20 (3), Seite 280 bis 285
2	2a Fragestellung	Wegen ihrer möglichen Auswirkungen auf die gesundheitspolitische Diskussionen, sollten einige grundsätzliche Fragen aus Sicht des Autors dringend geklärt werden.

	2b Zielsetzung	Im einzelnen hinterfragt werden die Intentionen der Autoren zur postulierten Repräsentativität der Stichproben für die Praxisversorgung, zur Benennung von Therapieverfahren, zur Relation von Stichprobengrößen und Anzahl der erhobenen Variablen, zur Auswahl des Selbstratingverfahrens, zur Eignung der nicht standardisierten Therapieverfahren für die Therapievergleichsstudie und neben weiteren Punkten zum Entscheidungskriterium für das in der Abschlussbewertung bevorzugte methodisch-statistische Vorgehen.
3	Ergebnisse	Die Berner Therapievergleichsstudien wird von dem Autor vor allen Dingen deswegen kritisiert, da trotz der in der Methodendiskussion aufgezeigten Mängel in der Gesamtbewertung von den Autoren dann aber "eine dezidierte Hierarchisierung der Verfahren entsprechend ihrer Effizienz" vorgenommen werde. Die Stärke der Berner Therapievergleichsstudie läge vor allen Dingen "in den wertvollen Anregungen für die Therapieprozessforschung, vor allem für die Identifizierung von Wirkvariablen in Therapien und von Störvariablen beim Therapeuten".
4	Bewertung	Es handelt sich bei diesem Beitrag um eine methodenkritische Diskussion. Es ist keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review. Für Fragestellung der Themengruppe daher nicht verwertbar.

Hecker

1	Quelle	Hecker JE, Fink CM, Fritzier BK. Acceptability of panic disorder treatments - a survey of family-practice physicians. J Anxiety Disord 1993; 7 (4): 373-84.
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Untersuchung der Akzeptanz von drei Behandlungsansätzen zur Behandlung von Panikstörungen (Imipramin-Behandlung, cognitive behavior therapy, client-centered therapy) durch Allgemeinärzte (family practice physicians)
3	Ergebnisse	Imipramin Gabe wurde als wirksamste Behandlung eingeschätzt; CBT wurde mindestens als genauso akzeptabel wie Imipramin-Therapie eingeschätzt; CBT wurde als wirkungsvollere und aktivere Behandlung als CCT eingeschätzt..
4	Bewertung	Keine Studie zur Wirksamkeit der Behandlungsverfahren

Jacobs

1	Quelle	Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus Jacobs S; Bangert M, Gessprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 2/05
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Vgl. einer Behandlungsgruppe klientz. GT (n=38) durch 14 Teilnehmer des postgraduierten Weiterbildungsganges zum Sozialtherapeuten mit qualifizierter stationärer Entgiftung (n=40) Vgl. des Outcomes anhand von standardisierten Messinstrumenten , z.B. SCL 90 R, VEV, RIAI.
3	Ergebnisse	Keine Verwertbarkeit der Ergebnisse, da nur 50% Rücklaufquote bei Kontrollgruppe , die – laut Angabe der Autoren auch keine Kontrollgruppe im eigentlichen Sinn gewesen sei. Qualifikation der Behandler nicht i. S. der PT-Richtlinien . Prä-Post-Messungen ermöglichen keine Aussage zur Abstinenz / Rückfälligkeit nach längeren Zeiträumen. Autoren beschreiben selber die eingeschränkte Validität der KG
4	Bewertung	Keine Aussage i.S. der Fragestellung der Themengruppe möglich.

Kolko

1	Quelle	Kolko D, Brent DA, Baugher M, Bridge J & Birmaher B (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. J Consult Clin Psychol, 68 (4), 603-614
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt aufgrund eines Durchschnittsalters von 15 Jahren

Lambert

1	Quelle	Lambert MJ, Ogles BM.: The efficacy and effectiveness of psychotherapie. In: Lambert MJ (Eds.) Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapie and Behavior Change. Ed. S. 139-93. New York: Wiley. 2004
2	2a Fragestellung	Es soll der Stand der empirischen Erkenntnisse bezüglich der „efficacy“ und „effectiveness“ von Psychotherapien, hauptsächlich bei erwachsenen Patienten in der Einzeltherapie dargestellt werden.

	<p>2b Zielsetzung</p>	<p>Im einzelnen werden eine Reihe von Themen diskutiert wie die Natur, die Dauer, die Bedeutung und die Generalisierbarkeit von Psychotherapien, kurative Faktoren, gemeinsame und spezielle Faktoren, als die eigentlichen Schlüssel zur Veränderung.</p> <p>Ferner sollen wirksame Methoden zur Verbesserung der Wirksamkeit von Therapien gefunden werden. Dabei soll der Einfluss der "managed care" auf die Psychotherapiepraxis und Psychotherapieforschung beachtet werden. Die Autoren gehen davon aus, dass mehr denn je die Entwicklung der Psychotherapie, in Hinblick auf Forschung und Praxis, auf der Grundlage wissenschaftlich glaubwürdiger Aussagen erfolgen muss. Anschließend wenden Sie sich dann den von ihnen spezielle betrachteten Studien und deren Ergebnisse für die Praxis der Psychotherapie zu. Zu diesen Fragen werden in der Folge jedoch keine verfahrensspezifischen Studien vorgestellt.</p>
3	<p>Ergebnisse</p>	<p>Viele Psychotherapien die empirisch untersucht wurden zeigen nachweisbare Effekte bei verschiedenen Patienten. Diese Effekte seien nicht nur statistisch signifikant, sondern auch klinisch bedeutsam. Es werden einige Aussagen zu den Umfang notwendiger Therapie gemacht und zur Dauer der erzielten Therapieeffekte. Eindeutige Aussagen zum Nutzen oder zur Wirksamkeit bestimmter Therapieverfahren finden sich nicht.</p>
4	<p>Bewertung</p>	<p>Es handelt sich bei dem Kapitel um einen narrativen Review (Einzelmeinung eines Experten).</p>

Murray

1	<p>Quelle</p>	<p>Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. Br J Psychiatry 2003; 182: 420-7.</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Einfluß von psychotherapeutischen Behandlungen bei postpartum Depression auf Mutter-Kind Beziehungsschwierigkeiten</p> <p>Untersuchung der Behandlungseffekte von drei psychologischen Behandlungsverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, nicht-direktive Beratung) in Beziehung zur Routine Versorgung (routine primary care) auf das Auftreten von Problemen in der Mutter-Kind Beziehung und die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung des Kindes Stimmung.</p>

<p>3 Ergebnisse</p>	<p><u>4 Monate nach der Geburt:</u></p> <p>Vor Behandlung gaben in allen Gruppen etwa die Hälfte der Frauen an, leichte oder beträchtliche Schwierigkeiten mit den Kindern zu haben. Davon nach der Behandlung berichteten weniger als die Hälfte derjenigen der non-directive counselling, CBT und Kontrollgruppe über Probleme mit dem Kind. Mehr Frauen, die mit psychodynamischer Th. Behandelt wurden, berichteten nach der Behandlung über Probleme mit dem Kind als vorher. - Behandlungseffekte waren nicht signifikant, auch nicht nach Kontrolle der Einflussfaktoren soziale Verhältnisse und EPDS-Werte -.</p> <p>Alle drei Behandlungen reduzierten das Risiko, dass moderate oder merkliche Probleme in der Mutter-Kind Beziehung geschildert wurden.</p> <p>Bei allen Gruppen stieg der Grad der mütterlichen Achtsamkeit/Sensitivität in der Mutter-Kind Interaktion in vergleichbarer Weise.</p> <p><u>18 Monate nach der Geburt:</u></p> <p>Emotionale und Verhaltensprobleme: Behavioural Screening Questionnaire (BSQ) –Werte unterschieden sich: Kinder von Müttern aus der Kontrollgruppe hatten höhere Werte als diejenigen aus der Behandlungsgruppe.</p> <p>Nach Kontrolle des sozialen Risikos und des signifikanten mütterlichen Alterseffektes zeigte sich für die non-directive counselling-Gruppe ein signifikanter Behandlungseffekt; für die psychodynamische Th.gr. und die CBT Behandlungsgruppe zeigten sich Hinweise für eine Überlegenheit im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p>Kindliche Bindung: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p> <p>Kognitive Entwicklung: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.</p>
----------------------------	--

		<p>Gruppen.</p> <p><u>5 Jahre nach der Geburt:</u> Emotionale und kognitive Probleme: Keine Unterschiede bezügl. der Angaben der Mütter auf der Rutter A Scale. Keine Unterschiede bezügl. der Angaben der Lehrer in der Pre-school Behaviour Checklist</p> <p>Kognitive Entwicklung: Keine Unterschiede zwischen den Gruppen.</p> <p><u>Effekte der Behandlung durch spezialisierte Therapeuten:</u> 4 Monate nach der Geburt: keine Effekte bei Verhaltens-oder Beziehungs-problemen und mütterlicher Sensitivität.</p> <p>18 Monate nach der Geburt: Keine Unterschiede in den BSQ-Werten oder bezügl. der Bindung. Kinder, deren Mütter von Spezialisten behandelt wurden, wiesen höhere Bayley-Scores (Entwicklungsskala) auf.</p> <p>5 Jahre nach der Geburt: Keine Effekte im, von den Müttern ausgefüllten Fragebogen. Kinder, deren Mütter von den Spezialisten behandelt wurden, erreichten höhere Mc. Carthy-Werte (Skala der kindlichen kognitiven Fähigkeiten).</p>
4	Bewertung	<p>Keine GT</p> <p>Gute Studienqualität.</p> <p>Aber: kein den PT-PL vergleichbares Setting; Behandlung erfolgte in Form von Hausbesuchen. Fraglich, ob die Vergleichbarkeit der angewendeten Verfahren mit den PT-RL Verfahren besteht.</p>

Nichols

1	Quelle	Nichols MP. Outcome of brief cathartic psychotherapy. JConsult Clin Psychol 1974; 42 (3): 403-10.
2	2a Fragestellung	Hat der Ausdruck von Emotionen, wie er auch in verschiedenen therapeutischen Ansätzen praktiziert wird, einen Einfluß auf das Ergebnis von Psychotherapie?

	2b Zielsetzung	In dieser Studie soll der Einfluß von Katharsis auf den Erfolg von Kurzzeit-Psychotherapie evaluiert werden. Verglichen werden „emotive psychotherapie“ und „insight-oriented analytic therapy“. GT wird nicht angewandt.
3	Ergebnisse	In der Gruppe der Pat., die mit „emotive therapy“ behandelt wurden, fand sich im Vergleich zu der Gruppe, die mit einer „insight-oriented analytic therapy“ behandelt wurde, ein höheres Maß an persönlicher Zufriedenheit mit der Behandlung und positiv verändertem Verhalten.
4	Bewertung	Die Studie ist methodisch in vielerlei Hinsicht ungenügend. Es werden beispielsweise keine näheren Angaben zu der Qualifikation der Behandler gemacht, eine Kontrollgruppe fehlt, es bleibt unklar, welche Krankheitsbilder behandelt werden, etc. Die Studie ist für Fragestellung der Themengruppe auch deshalb irrelevant, weil GT nicht vorkommt.

Oei

1	Quelle	Oei TP, Jackson P. Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. <i>Addict Behav</i> 1980; 5 (2): 129-36.
2	2a Fragestellung	Die Studie untersucht die Kurz- und Langzeiteffekte eines Trainings sozialer Fertigkeiten (Social Skills Training - SST), einzeln und in der Gruppe, bei 32 chronischen Alkoholikern im Vergleich zu herkömmlicher, traditioneller unterstützender Therapie (Traditional Supportive Therapy - TST) einzeln und in der Gruppe.
	2b Zielsetzung	Nachweis der Überlegenheit von SST über TST
3	Ergebnisse	SST in Gruppen führte zu einer schnelleren Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und zu einer äquivalenten Reduktion des Alkoholkonsums als SST- Einzeltraining. SST führt zu einer signifikant größeren Reduktion des Alkoholkonsums und zu einer größeren Verbesserung sozialer Fähigkeiten als TST, unabhängig davon, ob die Patienten einzeln oder in der Gruppe trainiert wurden.
4	Bewertung	Keine GT untersucht

Raskin

1	Quelle	Raskin, N. (1986) Client-centered group psychotherapy, Part 2, Research on client-Centered Groups. <i>Person Centered Review</i> , 1, 389 - 408
2	2a Fragestellung	Wo steht die Gruppentherapie innerhalb der GT zum Zeitpunkt der Publikation.

	2b Zielsetzung	Klärung der zukünftigen Marschrichtung
3	Ergebnisse	Entfällt
4	Bewertung	Wissenschaftshistorische Arbeit, die den US Bereich abdeckt. Eher von kulturgeschichtlichem Interesse

Richter

1	Quelle	Richter, R.; Hartmann, A.; Meyer, A.E.; Rüger, U.: Die Kränksten gehen in eine psychoanalytische Behandlung"? Kritische Anmerkungen zu einem Artikel in Report Psychologie. Zsch. psychosom. Med. 40, 41-51, 1994
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Dargelegt wird eine kritische Auseinandersetzung mit einem Aufsatz von Thomas & Schmitz aus dem Jahr 1993, in welchem diese vorgeben, einen „Effektivitätsnachweis für die humanistischen Verfahren zu liefern“. In ihrem Artikel haben Thomas & Schmitz den Versuch unternommen, die im Rahmen der sogenannten TK-Regelung seit 1980 durchgeführten Therapien im Hinblick auf deren Effektivität zu untersuchen. Richter et al kritisieren v.a. die methodischen Mängel dieser Veröffentlichung.
3	Ergebnisse	Die wichtigsten Ergebnisse: 1. Das Design der Studie weise erhebliche Mängel auf. Es fehlen z.B. Angaben zur Diagnose, Dauer und Schweregrad der Erkrankung. 2. Die Verengung auf das einzige Erfolgskriterium „Zahl der AU-Tage“ ermöglicht keine valide Aussage über den Erfolg der Behandlung. 3. Es fänden sich statistische Mängel, so würde z.B. das Alter nur für die Gesamtzahl der therapierten Patienten angegeben, nicht aber für die untersuchten Subgruppen. 4. Die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der TK-Regelung kann nicht mit „der humanistischen Therapie“ gleichgesetzt werden. 5. Die statistische Auswertung der Daten ist mangelhaft. 6. Insgesamt sind daher die gezogenen Schlussfolgerungen unzulässig.
4	Bewertung	Es handelt sich bei der Arbeit um eine methodenkritische Auseinandersetzung mit nur einer Veröffentlichung, die offensichtlich gravierende Mängel aufweist. Der Bezug zur GT ist nicht erkennbar. Für Fragestellung der Themengruppe daher nicht verwertbar.

Rogers

1	Quelle	<p>Rogers CR: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. In: Rogers DR, Stevens B (Eds.): Person to person: the problem of being human; a trend in psychology. Walnut creek (California): Real people Press, 1967. pp 181-192</p> <p>Wahrscheinlich GT-eigener Verlag, keine Zeitschrift, wahrscheinlich kein Gutachterverfahren (Peer review)</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Programmatische und zugleich anekdotische Darstellung oder Illustration der GT-Arbeitsweise und der Basisvariablen am Beispiel einer besonderen Patientengruppe (Schizophrenie). – Zur Methodik Verweis auf eine andere Publikation (Rogers, 1962)</p> <p>Darlegung der Bedeutung der GT-Basisvariablen, der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung und der (untergeordneten) Rolle der Theorie in der GT.</p> <p>Als Hypothese wird formuliert und zugleich „bestätigt“: Je stärker die 3 Basisvariablen im therapeutischen Gespräch ausgeprägt sind, um so besser der Therapieerfolg</p>
3	Ergebnisse	<p>Unsystematische Darstellung mit Bezug vor allem auf eigene Arbeitsgruppe; keine Zitationen im üblichen Sinne.</p> <p>Verweis auf Originalpublikation von 1962</p>
4	Bewertung	<p>Aufsatz über Grundlagen der GT, illustriert an einer schwierigen, primär unmotivierten Patientengruppe.</p> <p>Betonung der therapeutischen Beziehung im Sinne einer humanistischen Psychotherapie.</p> <p>Keine empirische Arbeit und keine Therapiestudie; es wird keine nachvollziehbare Evidenz zur Begründung der Schlussfolgerungen angeführt.</p> <p>Die Publikation leistet keinen empirischen Beitrag weder zur wissenschaftlichen noch zur sozialrechtlichen Beurteilung der GT.</p>

Sachse

1	Quelle	<p>Sachse , R. (1997) Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 28, 90 – 107.</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Funktioniert die der Störungstheorie folgende abgeänderte Form der GT für diese Patientengruppe, die eigentlich besonders ungeeignet wegen des wenig ausgebauten Reflexionsvermögens sein sollte.</p> <p>Untersuchung der Effektstärken der Veränderung in verschiedenen psychologischen Skalen und der Symptombelastung.</p>

3	Ergebnisse	<p>Die Patienten verbessern sich in 13 Skalen mit einer mittleren Effektstärke von 1,318. Die Symptombelastung (1,68), Abfall externer Kontrolle durch andere Personen sowie Selbstakzeptierung (1,52) stehen an erster Stelle</p> <p>Die beiden Extremgruppen hinsichtlich der Prozessgüte unterscheiden sich hochsignifikant. mit 48 versus 2.63 Effektstärken.</p>
4	Bewertung	<p>Auswertung der noch nicht vorliegenden vollständigen Studie notwendig.</p> <p>Angewandtes Verfahren ist nach Auskunft des Autors keine Gesprächspsychotherapie sondern speziell an CEDE adaptiertes Psychotherapieverfahren.</p>

Sachse

1	Quelle	<p>Sachse, R.: Dokumentation zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. Mai 1999</p> <p>Eingereicht durch GwG, ÄGG und DPGG</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Es soll die GT als heilkundliches psychotherapeutisches Verfahren einschließlich ihrer Anwendungsformen und –bereiche beschrieben werden.</p> <p>Im Einzelnen geschieht dies durch Darstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ der Definition und Charakterisierung des Verfahrens ➤ der Indikationsbereiche ➤ der Diagnostik ➤ des Standes der Theorieentwicklung ➤ der Wirkungsforschung ➤ der Versorgungsrelevanz ➤ der Ausbildung ➤ der Qualitätssicherung ➤ der Reflexion der Methode und ihrer Ziele unter ethischen Aspekten <p>Definition</p>
3	Ergebnisse	<p>Definition und Charakterisierung des Verfahrens: Eine klare Definition (Kap.2) findet sich nicht. Es werden mehrere und unterschiedlich akzentuierte Beschreibungen geliefert</p> <p>Indikationsbereiche: nahezu alle Achse-I Störungen nach DSM IV, sowie bei Persönlichkeitsstörungen. Bezogen auf störungsspez. neuere Forschung ist GT vielfältig erfolgreich. GT sei im ambulanten Bereich effektiver als im stationären Bereich.</p> <p>Diagnostik: Drei Ebenen seien zentral (Eingangs-, Prozeß- und Erfolgsdiagnostik). Dabei wird größtenteils auf allg. verfügbare</p>

	<p>psychologische Instrumente zurückgegriffen.</p> <p>Stand der Theorieentwicklung: Entsprechend der unterschiedlichen definitorischen Beschreibungen würden heute unterschiedliche Akzente gesetzt, die bezüglich der einzelnen Ansätze spezifisch zu gestalten seien. Grundlage sei die „klassische“ rogerianische Position. Weiter beschrieben werden die „process-experiential psychotherapy“ und die „Zielorientierte GT“. Zur empirischen Prüfung der Theorie wird die Forschung zu den Wirkmechanismen beschrieben Diese Forschung sei in erster Linie Prozessforschung zur Überprüfung der Relevanz von Therapeutenmerkmalen und Klientenprozessen und zur Überprüfung der Therapietheorie. In all diesen Bereichen sei die GT sehr gut empirisch beforscht. Nebenwirkungen oder unerwünschte Wirkungen würden durch die Basisbedingungen der GT gut kompensiert. Über Schädigungen von Pat. sei nichts bekannt. Der Begriff Forschungsmethoden wird für die Theorieentwicklung der GT als nicht angebracht bezeichnet, da der GT kein „methodenzentriertes“, sondern ein „heuristisches“ Verständnis von Psychotherapie zugrunde liege. Im Weiteren wird dann über die verschiedene Strategien in drei Ebenen (Inhaltsbearbeitung, Bearbeitung der Bearbeitung, Beziehungsgestaltung und –bearbeitung) berichtet.</p> <p>Wirkungsforschung: Es wird die empirisch erforschte „Effektivität“ der GT an Hand „allgemeiner und statistisch gesicherter Effektivität“ dargestellt. Drei Arten von Effektivität (absolute, relative und differentielle Effektivität) werden dabei unterschieden. Der jeweilige Ergebnisstand wird aufgezeigt. In der Gesamtbeurteilung könne man sich der Beurteilung von Grawe et al (1994) anschließen. Zitat: " Die Wirksamkeit der GT kann als sehr gut bestätigt angesehen werden. Fast immer, wenn in einer Untersuchung Maße für die Hauptsymptomatik und das allgemeine Wohlbefinden erhoben worden waren, wurden in diesen Bereichen signifikante Verbesserungen festgestellt. Oft traten zusätzlich positive Veränderungen im Persönlichkeitsbereich und im zwischenmenschlichen Bereich ein. Dabei erstreckten sich die Untersuchungen über einen relativ breiten Anwendungsbereich. Der wissenschaftliche Status der GT wird zusätzlich dadurch untermauert, dass viele Untersuchungen darüber vorliegen, wie bestimmte, in der GT theoretisch angenommene Wirkfaktoren tatsächlich mit dem Therapieerfolg zusammenhängen. "Die Anwendbarkeit von GT ist nicht auf bestimmte Störung beschränkt, sondern sie hat sich bei ganz verschiedenen Problematiken bewährt. Es handelt sich daher um ein relativ breit einsetzbares Verfahren. Allerdings gibt es Hinweise, dass die GT nicht für alle Patienten geeignet ist" Neuere Untersuchungen zur process-experiential psychotherapy und zur zielorientierte GT seien dabei noch nicht berücksichtigt.</p> <p>Versorgungsrelevanz: Es wird zwischen allg. und spez. Versorgungsrelevanz unterschieden. Eine allg. Versorgungsrelevanz läge auf Grund der nachgewiesenen Effektivität vor. Eine spez.</p>
--	--

		<p>Versorgungsrelevanz sei auf nachfolgender Spezifika gegeben</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beziehungsgestaltung ➤ Klärung und Veränderung relevanter Motive, Ziele und affektiver Schemata ➤ Umgang mit ungünstigen Problembearbeitungs- und Vermeidungsstrategien ➤ Aktivierung relevanter Schemata und Verarbeitungsprozesse ➤ Undirektive Einstellung gegenüber dem Pat. <p>Ausbildung: Eine richtliniengemäße Ausbildung gäbe es in Deutschland seit 1970. Sie umfasst eine 5-jährige, berufsbegleitende und curriculare Weiterbildung im Umfang von mind. 1290 Stunden. Darin enthalten sind 300 Std Praxis und 50 Std. Lehrtherapie.</p> <p>Qualitätssicherung: Qualitätssicherung erfolgt in drei Bereichen (Weiterbildung, Behandlung und Supervision)</p> <p>Reflexion der Methode und ihrer Ziele unter ethischen Aspekten: Verwiesen wird auf die berufsethischen Normen für Ausbilder und Lehrtherapeuten. Darüber hinaus existieren Ethikrichtlinien die für alle Mitglieder der GWG gelten.</p>
4	Bewertung	<p>Es handelt sich bei diesen Beitrag um eine zusammenfassende Arbeit, bei der mit Bezug auf einzelnen Abschnitte noch spezifizierende Anlagen beigefügt sind Die Arbeit selbst ist keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review. Für Fragestellung der Themengruppe daher nicht unmittelbar verwertbar. Die in der Stellungnahme aufgeführten Originalarbeiten werden in das Bewertungsverfahren einbezogen.</p>

Sachse

1	Quelle	<p>Ref ID: 4059</p> <p>Sachse R. Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Göttingen: Hogrefe.2006</p>
2	<p>2a Fragestellung</p> <p>2b Zielsetzung</p>	<p>Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung mit Klärungsorientierter Psychotherapie.</p> <p>2phasige Untersuchung</p>
3	Ergebnisse	<p>Veränderungen in Selbstakzeptierung, Handlungsfähigkeit und soziale Durchsetzung.</p>
4	Bewertung	<p>Angewandtes Verfahren ist nach Auskunft des Autors keine Gesprächspsychotherapie sondern speziell an CEDE adaptiertes Psychotherapieverfahren.</p>

Sauer

1	Quelle	Sauer J. Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. Psychotherapie Forum (1993) 1: 67-80
2	2a Fragestellung	Der Aufsatz behandelt die Frage der Effizienzkontrolle klientenzentrierter Psychotherapie anhand einer Vielzahl ausgewählter Untersuchungen zur allgemeinen Wirksamkeit, zur differentiellen Indikation und zur vergleichenden Wirkung.
	2b Zielsetzung	Es soll die spezifische Wirkungsweise klientenzentrierter Einzelpsychotherapie und in Ansätzen personenzentrierter Gruppenpsychotherapie dargestellt werden. Fragen des Spektrums der differentiellen Indikation klientenzentrierter Psychotherapie und die Analyse ihrer psychotherapeutischen Prozesse sollen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Forschungsparadigmata diskutiert werden.
3	Ergebnisse	Die Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung bezüglich der klientenzentrierter Psychotherapie und die Befunde würden zeigen, dass es sich bei der klientenzentrierter Psychotherapie um eine spezifische und wirksame psychotherapeutische Methode handelt. Strittig jedoch sei in der wissenschaftliche Diskussion das Spektrum der differentiellen Indikationsstellung und der störungsspezifischen Interventionsstrategien.
4	Bewertung	Es handelt sich bei diesem Beitrag um eine Überblicksarbeit. Es ist selbst keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review, sondern eine Stellungnahme. Für Fragestellung der Themengruppe daher nicht unmittelbar verwertbar.

Schauenburg

1	Quelle	Schauenburg,H.Zur Psychotherapie der Depression. Psychotherapeut 1999; 44(2): 127-36
2	2a Fragestellung	Übersichtsartikel; keine Studie. Es werden verschiedene Behandlungsverfahren (psychodynamische Pth., kognitive VT, interpersonale Pth), deren Konzepte, Behandlungselemente und Einsatzbereiche zur Behandlung der Depression vorgestellt und kurze Hinweise zu Wirksamkeitsnachweisen gegeben. Ebenfalls finden sich Ausführungen zur Behandlungsdauer und –frequenz, zu Besonderheiten der Kombination von Pth. und Psychopharmakatherapie und zu Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung.
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Keine Relevanz

Schöll-Schwinghammer

1	Quelle	Schöll-Schwinghammer I. Empathie, Kongruenz und Akzeptanz in Psychoanalyse und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1987; 6 (4): 507-17.
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Untersuchung hinsichtlich der Parallelität psychoanalytischer und gesprächspsychotherapeutischer Begriffe („Basisvariable“) Literaturarbeit ergänzt durch Inhaltsanalyse von Therapiemitschnitten. Untersucht wurde die Ausprägung der Basisvariablen auf entsprechenden Ratingskalen in psychoanalytischen vs. Gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen
3	Ergebnisse	Basisvariablen werden in beiden Therapieverfahren in gleich hohem Maße realisiert
4	Bewertung	Narrativer Review (Einzelmeinung)

Schwab

1	Quelle	Schwab R, Eckert J, Höger D. Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GT) in Forschung und Lehre in Deutschland. Person 2003 ; 7 (2) : 101-14
2	2a Fragestellung	Der Aufsatz behandelt die gegenwärtige Rolle der Klientenzentrierten Psychotherapie in Forschung und Lehre an den deutschen mit Psychologie befassten Universitätsinstituten und -kliniken. Dabei werden auch neuere Forschungsaktivitäten und -ergebnisse berücksichtigt, ferner wird die Präsenz der GT in der universitären Lehre und den Lehrbüchern dargestellt.

2b Zielsetzung	<p>Dargelegt werden soll die Entwicklung und die generelle aktuelle Bedeutung der GT in der Forschung und Lehre in Deutschland, dabei wird eingangs auch eine neuere Arbeit angeführt, die sich zu diesem Thema äußert:</p> <p>„Auckenthaler und Helle (2001) nennen als ein Fazit ihrer Studie zur Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie „die weiterhin große ‚Zurückhaltung‘ von Vertretern des Klientenzentrierten Ansatzes gegenüber Forschung generell“ (Ebd. 394). Zwar sei die GT in der Lehre an den deutschen Hochschulen relativ gut vertreten, doch in der Forschung sehe die Situation „wenig erfreulich, eher sogar düster“ aus (Ebd. 394f.)“</p> <p>Die Autoren sind in der kontrovers diskutierten Frage eines angemessenen Forschungsansatzes (naturwissenschaftliche Methodik versus phänomenologischer Ansatz) davon überzeugt:</p> <p>„Auch wenn sich bei einer Gesprächspsychotherapie in der Therapeut-Patient-Beziehung, im Erleben der Patienten etc. Prozesse und Veränderungen vollziehen, die mit den herkömmlichen Verfahren nur unvollständig abzubilden sind, so gilt doch auf alle Fälle: Jede Patientin, jeder Patient möchte durch die Psychotherapie die Beseitigung oder zumindest Linderung ganz bestimmter Probleme erreichen - und wenn ein Psychotherapieverfahren wie die GT diese Ziele zu erreichen vorgibt, auf welche Weise auch immer, müssen ihre Vertreter bereit sein, ihre Resultate objektiv überprüfen zu lassen. Das Leid, mit dem ein Patient die Psychotherapie aufsucht, ist sehr wohl mit herkömmlichen psychologischen Methoden erfassbar, und die Verringerung bzw. Minderung des Leidens ebenso Unabhängig vom Forschungsmodell kommen wir um eine „Operationalisierung“ auf keinen Fall herum (auch nicht etwa bei qualitativem Vorgehen), solange wir therapeutische Aktionen, Geschehnisse und Ergebnisse überhaupt allgemein nachvollziehbar abbilden und kommunizieren wollen.“</p> <p>.</p>
---------------------------	---

3	Ergebnisse	<p>Der Überblick über die neuere empirische Forschung zur GT an den deutschen Hochschulen und über die Repräsentanz des Verfahrens in der Lehre und in den Lehrbüchern sei „keine beruhigende Bilanz. Die Verbreitung des Verfahrens und seine Rezeption an den Universitäten sei verglichen mit den 70er Jahren deutlich zurückgegangen“.</p> <p>Sorgfältig konzipierte und störungsspezifisch durchgeführte empirische Untersuchungen zur GT seien in den renommierten Fachzeitschriften unterrepräsentiert.</p> <p>Die Notwendigkeit zu weiterer sorgfältiger Forschung ergäbe sich unter anderem auch aus folgender Tatsache: „Die GT gilt zwar hinsichtlich ihrer Wirksamkeit als hinreichend bestätigt, doch viele der hierzu herangezogenen Forschungsergebnisse sind quasi veraltet, beruhen auf einer Art von Gesprächspsychotherapie, die heutzutage vermutlich so kaum mehr praktiziert wird“.</p> <p>Zugegebenermaßen entspräche der hier propagierter Ansatz eher dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorgehen. Eine anders konzipierte Forschung hätte allerdings auch kaum eine Chance, internationalen Standards zu genügen. Die Autoren empfehlen, weil sie die vorgegebenen Kriterien nicht ändern könnten, sich nach ihnen richten.</p> <p>Gleichzeitig müssten sich die Gesprächspsychotherapeuten zur überzeugenden Dokumentation dessen, was sie tun, den wissenschaftlich generell üblichen Methoden unterziehen.</p>
4	Bewertung	<p>Es handelt sich bei diesem Beitrag um eine – teils selbstkritische - Überblicksarbeit zur Entwicklung der Forschung der GT und deren Ergebnisse. Er ist selbst keine Meta-Analyse und auch kein systematischer Review, sondern eine Übersicht, die auch neuere Entwicklungen einschließt. Für Fragestellung der Themengruppe ist dieser Beitrag nicht unmittelbar verwertbar.</p>

Shlien

1	Quelle	Shlien JM, Mosak HH, Dreikurs R. Effect of time limits: A comparison of two psychotherapies. Journal of Counseling Psychology 1962; 9 : 31-4
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	<p>Hat die Ankündigung von Zeitbegrenzung Einfluss auf die Therapieeffekte.</p> <p>Untersuchung dieser Fragen bei CC und Adlerian Therapy.</p>
3	Ergebnisse	Unterschiede zwischen zeitbegrenzten und nicht zeitbegrenzten Therapien.
4	Bewertung	Bericht über laufendes Studienvorhaben – Abschrift eines Vortrags. an der University of Chicago.

Shlien

1	Quelle	Shlien, JM (1964) Comparison of results with different forms of psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 18, (Supplement 1 9: 15 – 22.
2	2a Fragestellung	Hat die vorrauslaufende Dosierung der Zeit eine differentiell anderen Wirkungsgrad als die gleiche Zeitdosis ohne Vorankündigung des Endes bei unterschiedlichen Behandlungsformen
	2b Zielsetzung	Untersuchung eben dieser Fragestellung über Q- Sort Techniken zum Selbstwerterleben
3	Ergebnisse	Zeitverlauf alleine keine Änderung Die beiden Behandlungsverfahren weisen keine Unterschiede auf (Signifikante Besserungen die im Katamnesezeitraum stabil sind. Zeitbegrenzung im Voraus führt zu einer rascheren Besserung bei gleichen Endwerten. Inhaltlich unterscheiden sich die beiden Behandlungsformen nach Ende durch andere Item Kovariationen (1 therapiespezifischer Faktor von 3 gemeinsamen).
4	Bewertung	Keine Wirksamkeitsstudie

Stiles

1	Quelle	Stiles, W.B., et al.: ‚Aptitude-Treatment Interactions Based on Clients’ Assimilation of Their Presenting Problems’
2	2a Fragestellung	Hypothese: nicht die Diagnose oder allgemeine Charakteristika des Klienten sind wichtig für die Zuordnung von Behandlungen, sondern das Ausmaß in dem das Hauptproblem assimiliert ist (assimilation model). Klar spezifizierte Probleme um Level 3 der APES sind besser mit VT zu behandeln; wenig assimilierte Probleme unter Level 2 der APES sind besser mit psychodynamisch, experiential oder interpersonaler Behandlung zu behandeln.
	2b Zielsetzung	Bestätigung der vg Hypothesen; Bestätigung, dass das APES-Level sich als zuverlässiges Zuordnungskriterium zu verschiedenen Therapien erweist.

3	Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind teilweise übereinstimmend mit der Hypothese, dass die APES-Einstufungen eine Basis für die Zuweisung spezieller Patientengruppen im Rahmen von unterschiedlichen Behandlungsverfahren bildet. Das heißt: Patienten, deren Probleme als ‚well assimilated‘ beurteilt wurden, profitieren in kognitiven Verfahren mehr als in psychodynamisch interpersonellen (PI) Verfahren gemessen an der depressiven und allgemeinen Symptomatik.</p> <p>Der Trend weist insgesamt auf geringgradig bessere Ergebnisse zu Gunsten der kognitiven Therapie im Gegensatz zu dem PI-Verfahren hin.</p>
4	Bewertung	<p>keine Gesprächspsychotherapie</p> <p>Unübersichtliche und sehr kurzgefasste Studiendarstellung; Selektive Stichprobe; keine Angaben zum Schweregrad der depressiven Symptomatik;</p>

Stravynski

1	Quelle	Stravynski A & Greenberg D (1992). The psychological management of depression. Acta Psychiatr Scand, 85, 407-414
2	2a Fragestellung	
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt, da nur Kognitive, Interpersonelle und Verhaltenstherapie behandelt werden.

Stuhr

1	Quelle	Stuhr, U: University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study. In: Beutler LE, Crago M (Eds.) Psychotherapy Research: An international review of programmatic research: An international review of programmatic studies. Washington, DC: American Psychological Association, 1991, S. 212-18.
2	2a Fragestellung	Überblickskapitel in einem Sammelband bezieht sich auf ID 1847
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Originaldateb werden mit der Publikation RefID 1847 bewertet.

Tang

1	Quelle	Tang TZ, Luborsky L & Andrusyna T (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? JCCP, 70 (2), 444-447
2	2a Fragestellung	
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt, da nur CBT mit einer Form psychodynamischer Psychotherapie, nämlich Supportiv-expressive Therapie (Luborsky), in Bezug gesetzt wird.

Thornett

1	Quelle	Thornett a (2001). Assessing the effect of patient and prescriber preference in trials of treatment of depression in general practice. Med Sci Monit, 7 (5), 1086-1091
2	2a Fragestellung	
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt, keine Originalarbeit Es wird nur über eine Untersuchung im Sinne dieser Arbeitsgruppe berichtet, die bereits an anderer Stelle ausführlich ausgeführt wird (Ward et al. 2000).

Watkins

1	Quelle	Watkins JT, Leber WR, Imber SD, Collins JF, Elkin I, Pilkonis PA, Sotzky SM, Shea T & Glass DR (1993). Temporal course of change of depression. JCCP, 61 (5), 858-864
2	2a Fragestellung	
	2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Studie entfällt, da nur Kognitiv-behaviorale Therapie, Interpersonelle Psychotherapie, Imipramin mit klinischem Management und Placebo-Medikament mit klinischem Management verglichen wird.

Wilhelm

1	Quelle	Ref ID: 3123 Wilhelm S et al. (2003) Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's Disorder: A randomized controlled Trial American J Psychiatry 160 (6) 1175-7 "Brief Report"/ Kurzmiteilung
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	Vergleichende Wirksamkeit Wirksamkeit der Verhaltenstherapie („habit reversal“) bei Tourette's Syndom , d.h. der entsprechenden Tic-Symptomatik
3	Ergebnisse	VT ist ST überlegen hinsichtlich der spezifischen Tourett Symptomatik Klinische Relevanz der Ergebnisse – gegeben. Bei internationalen Studien: Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext - möglich.
4	Bewertung	Wegen mangelnder Aussagekraft der Studie nicht einschätzbar Studie ist nicht geeignet, Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von GT zu machen.

Wissenschaftlicher Beirat

1	Quelle	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. Schreiben vom 24.05.2002 an die GwG e.V..
2	2a Fragestellung 2b Zielsetzung	
3	Ergebnisse	
4	Bewertung	Verweis auf zwei empirische Studien und auf ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates, das zu Wirksamkeit und Anwendungsbereichen von GT Stellung nimmt.

12.11 Beratungsantrag und Begründung (mit Anlage)



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie
Postfach 1763

53707 Siegburg

Dezernat 2
Versorgungsqualität und Sicherstellung

Dr. Bernhard Gibis
Herbert-Lewin-Str. 3, 50931 Köln
Postfach 41 05 40, 50865 Köln

Tel.: 0221 / 40 05 - 218
Fax: 0221 / 40 05 - 152
e-mail: BGibis@kbv.de
www.kbv.de

AZ: Dr. G/Ze/360.391 A

26. August 2003

Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie einer vertieften Prüfung im Hinblick auf die Anerkennung als neues Verfahren nach B I. 3. der Psychotherapie-Richtlinien zu unterziehen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellt nach Beratung der im Betreff genannten Angelegenheit in seiner Sitzung am 21.08.2003 einen Antrag an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie einer intensiven Prüfung im Hinblick auf die Anerkennung als eigenständiges Verfahren für die psychotherapeutische Behandlung Erwachsener gemäß Abschnitt B I. 3. der Psychotherapie-Richtlinien in Verbindung mit § 135 Abs. 1 SGB V zu unterziehen.

Für diese Entscheidung waren folgende Gesichtspunkte maßgeblich:

- Der wissenschaftliche Beirat gemäß § 11 des Psychotherapeuten-Gesetzes hat in seiner Sitzung am 16.09.2002 das Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie verabschiedet und damit die Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren für eine vertiefte Ausbildung gemäß Art. 1 §§ 2 ff. des Psychotherapeuten-Gesetzes anerkannt. Damit ist die Grundvoraussetzung für eine Prüfung gemäß den Kriterien nach B I. 3. der Psychotherapie-Richtlinien gegeben, ob die Gesprächspsychotherapie auch als Verfahren nach diesen Richtlinien an-

erkannt werden kann.

- Die Definition des Verfahrens geht zurück auf die Arbeiten von Carl R. Rogers, der ein allgemeines psychotherapeutisches Konzept im Sinne einer Anleitung zur besonderen Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung oder des psychotherapeutischen Gesprächs entwickelte. Im Laufe der Jahre ist dieses therapeutische Konzept weiterentwickelt und differenziert worden. Neben dem klassischen Vorgehen entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut stärker den therapeutischen Prozess steuert um spezifische Therapieziele zu fördern bzw. um den Besonderheiten einzelner Störungen oder einzelner Patienten gerecht zu werden. Dazu werden zum Teil noch zusätzliche therapeutische Methoden eingesetzt (Auszug aus dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Gesprächspsychotherapie vom 30.09.1999).

Bei der weiteren Prüfung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die Anerkennung als Verfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien wird dabei auch unter anderem auch die einheitliche Definition des Verfahrens zu überprüfen sein.

- Im Mittelpunkt der Theorie der Gesprächspsychotherapie steht die psychische Entwicklung des Menschen, die durch subjektive Erfahrungen, die gegebenenfalls mit dem eigenen Selbstbild oder mit Normen konfliktieren, beeinträchtigt wird, so dass es zu „Inkongruenzen“ kommt. Diese Inkongruenzen können „Selbstregulation des Menschen“ in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlichen Funktionsbereichen beeinträchtigen. Die Störungstheorie ist unterschiedlich weiter entwickelt worden. In den letzten Jahren wurde vor allem versucht, spezifische Bedingungen und Entwicklungslinien für einzelne Störungen aufzuzeigen. (Auszug aus dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Gesprächspsychotherapie vom 30.09.1999)
- Der Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien hat in seiner Sitzung am 02.07.2003 den als Anlage diesem Antrag beigefügten Sachstandsbericht im Konsens verabschiedet, in dem als Beratungsergebnis der vom Arbeitsausschuss hierfür eingesetzten Arbeitsgruppe festgehalten ist, dass eine erste Bewertung im Rahmen der Vorprüfung gezeigt hat, dass ausreichende Hinweise bestehen, die eine vertiefte Prüfung des Verfahrens rechtfertigen.

Auf Grund der dargelegten Sachlage stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher den Antrag an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie in diese vertiefte Prüfung einzutreten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gibis
Dezernent

- Anlage -

Sachstandsbericht
zu den Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie
bezüglich einer Prüfung der Gesprächstherapie

Der Arbeitsausschuss Psychotherapie-Richtlinien hat zur Kenntnis erhalten, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seiner Sitzung am 16. September 2002 das **Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie** verabschiedet hat (Anlage).

Aufgrund dieses Votums wird es in Zukunft eine vertiefte Ausbildung in diesem Verfahren geben, mit der Konsequenz, dass Psychologische Psychotherapeuten gemäß Art 1 §§ 2 ff PsychThG in diesem Verfahren approbiert werden können.

Der Arbeitsausschuss hat dieses Votum des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit einer Vorprüfung der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf eine mögliche Anerkennung als neue Behandlungsmethode nach § 135 Abs. 1 SGB V befasst hat.

Als Ergebnis der Vorprüfung in der Arbeitsgruppe ist der Arbeitsausschuss zu der Auffassung gelangt, dass es sich bei dem Votum des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie um eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für eine leistungsrechtliche Anerkennung durch den Bundesausschuss handelt. Weder das vorliegende Votum noch die nunmehr abgeschlossene Vorprüfung in der Arbeitsgruppe entfalten in Hinblick auf eine leistungsrechtliche Anerkennung des Verfahrens eine präjudizierende Wirkung.

In Analogie zum Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" ist es Aufgabe des Arbeitsausschusses "Psychotherapie-Richtlinien", zur Prüfung eines neuen psychotherapeutischen Verfahrens auf Antrag gemäß § 135 Abs.1 SGB V i.V. mit Abschnitt B I Nr. 3 Psychotherapie-Richtlinien anhand der Verfahrensrichtlinie eine Bewertung der sozialrechtlichen Kriterien "Notwendigkeit", "Nutzen" und "Wirtschaftlichkeit" vorzunehmen.

Diese Beurteilung kann der Arbeitsausschuss erst nach einer vertieften Prüfung des Verfahrens vornehmen.


Bezüglich des Verfahrensablaufes ist der Arbeitsausschuss Psychotherapierichtlinien zu dem Ergebnis gekommen, dass zur Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren Anpassungen der vorliegenden Verfahrensrichtlinie und Bewertungskriterien vorzunehmen sind.

Die erforderlichen methodischen Werkzeuge für eine Bewertung hat die Arbeitsgruppe entwickelt (Bewertungsbögen für Originalarbeiten und Metaanalysen, methodische und inhaltliche Relevanzkriterien für einzubeziehende Studien).

Beratungsergebnis:

Eine erste Bewertung der Gesprächspsychotherapie durch die Arbeitsgruppe im Rahmen der Vorprüfung hat gezeigt, dass ausreichend Hinweise bestehen, die eine vertiefte Prüfung des Verfahrens rechtfertigen.

Köln, den 02.07.2003


Dr. Karin Bell
amtierende Vorsitzende des Arbeitsausschusses


Dr. Paul Lubecki
vorangehender Vorsitzender des Arbeitsausschusses


Vera Ries
Geschäftsführung des Arbeitsausschusses

Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie

Die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) hat mit Schreiben vom 11.09.2000 beantragt, die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für einen weiteren Anwendungsbereich anzuerkennen und hat dazu im Verlauf der Beratungen verschiedene Publikationen eingereicht. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich mit diesem Antrag und den eingereichten Studien ausführlich befasst und ist zu folgendem abschließenden Urteil gekommen:

Die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie ist durch zwei Arbeiten für den Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen [F43]) nachgewiesen. Damit ist nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats (Deutsches Ärzteblatt, 2000, 97, Heft 1-2, A-59) die Wissenschaftliche Anerkennung für diesen Bereich festzustellen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat demnach nunmehr die Wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für die folgenden vier Bereiche festgestellt:

1. Affektive Störungen (F3)
2. Angststörungen
3. Belastungsstörungen (F43)
7. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)

1. Begründung: 2. Anwendungsbereich 3. Belastungsstörungen (F43)

1. Die GwG hatte neu die folgende Publikation eingereicht:

S. C. Paivio und J. A. Nieuwenhuis. Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study

Diese Studie wurde vom Wissenschaftlichen Beirat wie folgt beurteilt:

59 % der Stichprobe der Patienten erfüllen die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung; weitere 26 % können als subklinische Fälle eingestuft werden.

Mit einem umfangreichen Instrumentarium konnten deutliche Verbesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich für die Therapiegruppe, jedoch keine Verbesserungen während der Wartezeit für die Wartegruppen gezeigt werden. Die Wartegruppe verbesserte sich jedoch eindeutig während der Therapiezeit. In einem 9-monatigen Follow-up erwiesen sich die Effekte als durchgängig stabil.

Der Wissenschaftliche Beirat beschloss, die Studie von Paivio und Nieuwenhuis als einen ersten Beleg für die Wirksamkeit der

Gesprächspsychotherapie im Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen) zu werten.

2. Anlässlich des Erstantrages zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie lag dem Beirat bereits für den Bereich 3 die folgende Studie vor:

Gomes-Schwartz, B. (1978): Effective Ingredients in Psychotherapy: Prediction of Outcome From Process Variables, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1023-1035.

Eine inhaltliche Prüfung dieser Studie fand im Rahmen des Erstantrages nicht statt, da die erforderliche Mindestanzahl an Studien für den Anwendungsbereich "3. Belastungsstörungen" nicht vorgelegen hat. Bei der nunmehr durchgeführten Begutachtung wird die hohe methodische Qualität der Studie von Gomes-Schwartz vom Beirat gewürdigt. Es handelt sich jedoch nicht um eine Untersuchung zur Wirksamkeit, sondern zur Wirkungsweise des therapeutischen Prozesses; ein Wirksamkeitsnachweis ist nicht abzuleiten. Daher wird diese Studie nicht als Wirksamkeitsnachweis der Gesprächspsychotherapie im Sinne der publizierten Kriterien des Beirats gewertet.

3. Von Herrn Prof. Tausch wurden mit Schreiben vom 11.07.2001 weitere Studien zur Verfügung gestellt, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in die Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung dieses Anwendungsbereichs mit einbezog:

Grimm, F. (1990) "Konstruktive Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen mit Arbeitslosen" Dissertation, Universität Hamburg

Zur gleichen Untersuchung außerdem:

Grimm, F., Dircks, P. & Langer, I. (1992): Prozesse und Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Arbeitslosen. Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 3, 116-131.

Die Studien wurden als nicht einschlägig beurteilt, da es sich nicht um klinische Studien handelt, also um die Überprüfung von heilkundlicher Behandlung von Personen mit psychischen Störungen mit Krankheitswert.

Kalliner, H. (1981). Effekte personenzentrierter Gruppengespräche mit Krebsbetroffenen und Angehörigen. Dissertation, Universität Hamburg

Tausch, A.M. (1981). "Personenzentrierte Hilfe für Krebspatienten". Der Kassenarzt, 21, 4276-4282.

Die Studien von Kalliner erwiesen sich als Originalbericht über eine Untersuchung, die der Wissenschaftliche Beirat bereits als Veröffentlichung von Dircks et al. (1982, Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 11, 241-251) bei seiner ersten Begutachtung der Gesprächspsychotherapie im Jahre 1999 geprüft und als Beleg für die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie anerkannt hatte. Die neu

eingereichte Publikation konnten daher nicht als zusätzliche Studie gewertet werden.

Allerdings war die Arbeit von *Dircks et al.* entsprechend dem damaligen Antrag der Gesprächspsychotherapie dem Bereich 7 (Anpassungsstörung, somatische Krankheiten [F54]) zugeordnet worden. Bei der erneuten Überprüfung der bereits damals beurteilten Publikationen von *Dircks et al.* sowie der detaillierteren Beschreibungen der Studie in der neu eingereichten Arbeit von Kalliner stellte sich heraus, dass die Störung der behandelten Patienten nicht der Störungskategorie ICD-F54 (Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen [psychosomatische Krankheiten]) zugeordnet werden muss, sondern der ICD-Kategorie F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Die Studie wurde daher neu dem Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen) zugeordnet.

Da die Studie bereits bei der ersten Begutachtung als Beleg für die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei den behandelten Patienten bewertet wurde, wurde diese Studie nunmehr als ein zweiter Beleg für die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie im Bereich 3 (Belastungsstörungen) gewertet.

Es ist damit festzustellen, dass die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie im Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen [F43]) durch zwei Arbeiten nachgewiesen ist und damit nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats (Deutsches Ärzteblatt, 2000, 97, Heft 1-2, A-59) die Wissenschaftliche Anerkennung für diesen Bereich festzustellen ist.

3. Anwendungsbereich 7. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)

Für den Bereich 7 (Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten) verblieben nach der Umordnung der Studie von *Dircks et al.* zwei Studien, die bei der ersten Begutachtung berücksichtigt worden waren.

Der Wissenschaftliche Beirat beschloss mehrheitlich, nicht erneut eine Prüfung und Begutachtung dieser Studien vorzunehmen, so dass die wissenschaftliche Anerkennung für den Bereich 7 (Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten [F54]) weiterhin bestehen bleibt.

Die Feststellung des Beirats bezieht sich lediglich auf Psychotherapie bei Erwachsenen. Die Einordnung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen wurde vom Beirat bisher für keinen Anwendungsbereich ausgesprochen.

4. Empfehlung für die Landesbehörden

Der Wissenschaftliche Beirat hatte den zuständigen Landesbehörden allgemein empfohlen:

Therapieverfahren, die für mindestens fünf Indikationsbereiche der Psychotherapie (1–11 der Indikationsliste) oder mindestens vier der "klassischen" Indikationsbereiche (1-8) als wissenschaftlich anerkannt gelten können, sollten alleine als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1

Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden.

Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass dieses Kriterium nunmehr für die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen erfüllt ist.

Köln, den 16.09.2002

Prof. Dr. S. O. Hoffmann Prof. Dr. J. Margraf
Vorsitzender Stellv. Vorsitzender

Minderheitenvotum zum Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat mit nur einer Stimme Mehrheit beschlossen, dass die Gesprächspsychotherapie die Voraussetzungen für die unbeschränkte Zulassung als psychotherapeutisches Heilverfahren erfüllt. Die Minderheit ist nicht der Ansicht, dass dies durch die vorliegende Datenlage begründbar ist, weil es zur Gesprächspsychotherapie keine Wirksamkeitsstudie gibt, die den heutigen wissenschaftlichen Mindeststandards entspricht.

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zunächst eine Anerkennung nicht ausgesprochen hat, ist die nunmehrige positive Entscheidung nicht dadurch zustande gekommen, dass neue klinische oder empirische Befunde vorgelegt worden wären, sondern dadurch, dass durch Veränderung der Zuordnung von Studien aus einem Indikationsbereich in den anderen schließlich die formalen Mindestkriterien notdürftig erfüllt wurden. Ein nach den Statuten vorgesehenes Gesamtvotum, das diese Veränderung einbezieht, wurde nicht erbeten. Dieses sehr formal an der Geschäftsordnung und nicht inhaltlich orientierte Vorgehen war nicht nur durch wissenschaftliche Intentionen motiviert.

Tübingen, den 30.09.2002

gez.

Prof. Dr. G. Buchkremer
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen