



UNIKLINIK
KÖLN

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte
Psychologie

SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

Ausbildung
Ethik
Forschung

Abschlussbericht

**Praxisstudie
ambulante Psychotherapie Schweiz
(PAP-S)**

der Institute der

Schweizer Charta für Psychotherapie

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda-Lutz

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie

Bd. 4

2015

ISSN: 1664-395X
ISBN: 978-3-9523782-3-6

Impressum

© Schweizer Charta für Psychotherapie
Schoffelgasse 7, 8001 Zürich
Tel. +41 (044) 796 23 45
E-mail: praesidium@psychotherapiecharta.ch

Alle Rechte vorbehalten

Umschlag und Layout: Mario Schlegel

Inhaltsverzeichnis

A	Beschreibung der Studie	1
1.	Vorgeschichte der PAP-S-Studie	1
a.	Situation der Psychotherapie in der Schweiz	1
b.	Geschichte und Institutionen der Schweizer Charta für Psychotherapie	2
2.	Entwicklung der Studie	4
a.	Geschichte der Projektplanung und –vorbereitung bis Februar 2007	4
b.	Geschichte der Projektrealisierung von März 2007 bis Dezember 2012	5
3.	Studiendesign	8
a.	Naturalistische versus Laborstudie	8
b.	Prozess-Outcome-Studie	9
c.	Outcome-Batterie	9
d.	Prozess-Messverfahren	10
e.	Manualgeleitete objektive Ratings der Therapeuten-Interventionen	11
4.	Beschreibung der Stichprobe	13
a.	Gesamtstichprobe	13
i.	Therapeuten	13
Geschlecht		13
Alter		14
Berufserfahrung		14
ii.	Patienten	14
Geschlecht		15
Alter		15
Diagnosen-Verteilung		15
Schwere der psychischen Belastung bei Behandlungsbeginn		17
B	Katamnese-Ergebnisse der Gesamtstichprobe der PAP-S-Studie	18
1.	Einleitende Bemerkungen	18
2.	Katamnese-Ergebnisse	19
3.	Stichproben	20
a.	Prä-Follow-up-Vergleich	20
b.	Post-Follow-up-Vergleich	21
4.	Warum eine so große Schwundrate zum Follow-up-Zeitpunkt?	22
5.	Chronifizierung und Langzeit-Ergebnisse	26
6.	Behandlungs-Ergebnisse nach Diagnose-Gruppen	29
7.	Zusammenfassung der katamnestischen Untersuchungen	33

C	Therapeutische Interventionen und Konzepttreue (treatment adherence)	36
1.	Einleitende Erläuterungen	36
a.	Rational der Untersuchung	36
b.	Teilnehmende Institute und Behandlungsansätze	38
2.	Gesamtstichprobe	40
a.	Therapeuten und Patienten	40
3.	Ergebnisse zum Ausmaß der Konzepttreue der therapeutischen Interventionen	42
	Zitierte Literatur	46

A Beschreibung der Studie

1. Vorgeschichte der PAP-S-Studie

Vorwort aus Sicht der Schweizer Charta für Psychotherapie

Peter Schulthess, Margit Koemeda

a. Situation der Psychotherapie in der Schweiz

In der Schweiz gibt es traditionell eine große Methodenvielfalt in der Psychotherapie. Dies unterscheidet die Situation wesentlich von manchen anderen europäischen Ländern. Weder Gesetzgeber noch Kassen haben diese Methodenvielfalt bisher beschnitten. Der Fokus zur Regelung der Psychotherapie und zur Leistungserstattung über Krankenkassen liegt auf dem Grundberuf vor der eigentlichen Ausbildung zum Psychotherapeuten. Ein Psychotherapiegesetz, welches Psychotherapie als eigenständigen Beruf regeln würde, gibt es nicht. Es wird unterschieden zwischen einer ärztlichen Psychotherapie (von Ärzten ausgeübte Psychotherapie), die nach dem Medizinalberufegesetz geregelt ist und einer psychologischen Psychotherapie (von Psychologen ausgeübte Psychotherapie), die nach dem Psychologieberufegesetz geregelt ist. Vor Einführung des Psychologieberufegesetzes war es auch Personen aus anderen Berufen bzw. mit anderen Studienabschlüssen (z.B. Pädagogik, andere Sozialwissenschaften) möglich - bei einschlägiger Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren - die Psychotherapie auszuüben. Sie dürfen das im Rahmen der Übergangsbestimmungen des Psychologieberufegesetzes weiterhin tun.

Lange war es in der Schweiz nur Ärzten erlaubt, Psychotherapie zu betreiben. Bis dann in einem Rechtsfall ein Bundesgerichtsurteil festhielt, dass dies verfassungswidrig sei, da evident sei, dass es auch qualifizierte Psychotherapeuten gebe, die nicht Ärzte sind. Viele Jahre gab es für die nichtärztliche Psychotherapie keine bundesweite Regelung, da das Gesundheitswesen kantonalisiert ist. So kam es zu einer Situation, in der es in jedem Kanton eine andere Regelung gab. Manche Kantone erlaubten neben den Ärzten ausschließlich den Psychologen, Psychotherapie zu betreiben, andere zogen den Kreis weiter und ließen auch andere sozialwissenschaftliche Grundberufe zu. Auch hinsichtlich der anerkannten Therapierichtungen gab es kantonale Unterschiede. Manche waren in allen Kantonen anerkannt, andere nur in einigen. Ebenfalls war der geforderte Umfang der Weiterbildungen unterschiedlich. Die Situation wurde für die Politik nicht einfacher, als auch die maßgebenden Berufsverbände unterschiedliche Kriterien bezüglich Grundberuf und Ausmaß der Weiterbildung vertraten. Im Frühjahr 2013 wurde ein bundesweites Psychologieberufegesetz in Kraft gesetzt, welches diese kantonalen Unterschiede aufhebt. Durchgesetzt hat sich die Auffassung, dass die nichtärztliche Psychotherapie ein Psychologieberuf sei, welcher zwingend ein (klinisches) Psychologiestudium voraussetze. Analog zur Regelung für Ärzte erfolgt die eigentliche Ausbildung zum Psychotherapeuten im Anschluss an das Psychologiestudium als

Weiterbildung. Psychotherapie wird als einziger Psychologieberuf im Gesetz genauer geregelt. Die Weiterbildungsnormen zur Psychotherapie sind im Ausmaß aber deutlich gesenkt worden und liegen nun tiefer als alle, deren Erfüllung Berufsverbände und Kantone bisher gefordert hatten. Welchen Effekt dies auf die Qualität der Therapien haben wird, bleibt abzuwarten. Offen ist auch, wie weit durch das neue Psychologieberufegesetz das bisherige Spektrum der Methodenvielfalt eingeschränkt werden wird. Gemäß einer Studie von Beeler [1] ist davon auszugehen, dass etwa die Hälfte der Psychotherapien von Ärzten erbracht wird. Sozialversicherungsrechtlich ist die Psychotherapie wie folgt geregelt: Aus der Grundversicherung werden die psychotherapeutischen Leistungen von Ärzten (unabhängig von der angewandten Methode) vergütet. Außerdem die sogenannten delegierten Therapien. Hier rechnet der Arzt mit der Kasse ab, die Therapie wird aber delegiert an einen vom Arzt angestellten nichtärztlichen Psychotherapeuten. Selbstständig erbrachte psychotherapeutische Leistungen von nichtärztlichen Psychotherapeuten können nicht über die Grundversicherung abgerechnet werden. Nur Patienten, die eine entsprechende private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, können solche Leistungen teilweise zurückerstattet bekommen, wobei sich die Rückerstattungen von Kasse zu Kasse unterscheiden.

Die *PAP-S*-Studie erfolgte somit während einer deutlichen Umbruchphase der Psychotherapie in der Schweiz. Die Gelegenheit, eine große Methoden übergreifende Studie durchzuführen, musste angesichts der Ungewissheit, wie weit das sich abzeichnende Gesetz die Methodenvielfalt massiv einschränken würde (wie etwa in Deutschland), als möglicherweise historisch letzte Chance zu diesem Zeitpunkt genutzt werden. Die Umbruchsituation zeigt sich unter anderem darin, dass wir mit der Studie Psychotherapeuten mit unterschiedlichen Grundausbildungen erfassen konnten, auch solche, welche nicht Ärzte oder Psychologen sind. Diese werden aufgrund der Gesetzgebung allmählich „aussterben“, weil künftig nur noch Ärzte und Psychologen zur psychotherapeutischen Weiterbildung zugelassen werden können. Für die bisher Tätigen, die im Grundberuf weder Arzt noch Psychologe sind, gilt ein Übergangsrecht: Sie dürfen weiter berufstätig bleiben.

b. Geschichte und Institutionen der Schweizer Charta für Psychotherapie

In den 80er Jahren gab es weltweit noch kaum eine schulenübergreifende Verständigung über gemeinsame Standards von Psychotherapieausbildungen. In der Schweiz gab es zwar bereits Berufsverbände, diese standen aber immer wieder vor Schwierigkeiten, wenn sie einzelne Mitglieder mit unterschiedlichen Ausbildungen aufnehmen wollten. Aus dem Kreis der dem *Schweizer Psychotherapeutenverband (ASPV)* angehörenden Institute kam die Initiative, eine Schweizerische Konferenz der Ausbildungsinstitute und Berufsverbände der Psychotherapie einzuberufen, um sich auf Ausbildungsstandards zu einigen, um so die Rivalitäten zwischen den Richtungen und gegenseitige Disqualifizierungen zu überwinden, dies mit dem Ziel, künftig gemeinsam sol-

che Standards vertreten zu können, unter Wahrung einer Vielfalt von Methoden. In den Jahren von 1989 bis 1991 wurde in mehreren Sitzungen ein Papier ausgearbeitet, welches den Namen „Schweizer Charta für Psychotherapie“ erhielt. In dieser Charta wurde der erzielte Konsens über Inhalte der Ausbildung, deren minimalen Umfang, die wissenschaftliche Fundierung, sowie ethische Richtlinien für Ausbildung und Berufsausübung beschrieben. 1993 wurde diese Charta von zunächst 27 Ausbildungsinstituten und Berufs- oder Fachverbänden unterzeichnet. Die Institute und Fachverbände repräsentierten tiefenpsychologische, humanistische und körperpsychotherapeutische Ausrichtungen.

Vorerst organisatorisch als selbstständige Ausbildungskommission im *Schweizer Psychotherapeutenverband (SPV)* eingegliedert, konstituierte sich die *Schweizer Charta für Psychotherapie* 1997 als eigener Verband, wobei der *SPV* als Mitglied beitrug, um zu zeigen, dass die Chartanormen auch für ihn verbindlich sind.

Die Institutionen der *Charta* verstehen Psychotherapie als einen eigenständigen Beruf, der aus dem Wissensfundus unterschiedlicher Wissenschaften schöpft. Die *Charta* unterstützt Bestrebungen, die wissenschaftliche Entwicklung hin zu einer integrativen Psychotherapiewissenschaft voranzutreiben, welche ein Direktstudium zum Psychotherapeuten ermöglichen könnte.

Damit gewährleistet die *Charta* eine hohe Qualität der Psychotherapieausbildung. Sie vertritt ein methodenintegrales Konzept und wendet sich gegen sogenannte „Patchworkausbildungen“ mit selbst zusammengesetzten Elementen aus den verschiedensten Richtungen. Theorie, Methodentraining, Supervision und Selbsterfahrung sollen innerhalb der gewählten Ausbildungsrichtung erfolgen und aufeinander bezogen sein. Ein Teil der Weiterbildung kann auch in anderen Verfahren erfolgen, welche mit dem gewählten Verfahren kompatibel sind.

In einer Reihe von Wissenschaftskolloquien, an denen Delegierte aller Institutionen – qua Selbstverpflichtung – regelmäßig teilnahmen, wurde über die Jahre das Verständnis für die Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten der verschiedenen Therapierichtungen vertieft. Auch wurden Debatten darüber geführt, wie die wissenschaftliche Fundierung nachzuweisen sei, und welche Forschungsdesigns in den verschiedenen Richtungen anzuwenden wären [2].

2. Entwicklung der Studie

a. Geschichte der Projektplanung und –vorbereitung bis Februar 2007

Der Studie voraus ging eine Reihe von Wissenschaftskolloquien, deren Ziel es war, Menschenbilder, Gesundheits-, Krankheits- und Therapieverständnisse und deren Hintergründe der in der *Schweizer Charta für Psychotherapie* vereinigten Psychotherapieverfahren darzustellen und untereinander zu diskutieren [3]. Im Jahr 2002 wurde außerdem eine Deklaration der *Schweizer Charta für Psychotherapie* zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren formuliert und verabschiedet [4, 5]. Sämtliche der *Schweizer Charta* angehörenden Verbände und Institutionen mussten einen eigens erarbeiteten Fragenkatalog beantworten und in den genannten Kolloquien vertreten. Nach erfolgreicher Absolvierung dieser Aufgabe konnte der grundsätzlich jeder Methode auferlegte Wissenschaftsvorbehalt durch einen Beschluss der Mitgliederversammlung aufgehoben werden.

Gemäß Wissenschaftsdeklaration haben die unterzeichneten Methodenvertreter/innen Wirksamkeitsnachweise für ihre Psychotherapiemethoden zu erbringen. Welche Art der Forschung angewandter Psychotherapie angemessen sei, war Gegenstand lebendiger Auseinandersetzungen in weiteren Wissenschaftskolloquien. Es wurde einerseits ein Reglement mit Ausführungsbestimmungen ergänzend zur Wissenschaftsdeklaration [6] ausgearbeitet. Darüber hinaus einigte man sich auf die Kreierung eines naturalistischen, an der ambulanten Praxis orientierten Forschungsdesigns, sowie die Ausarbeitung und Durchführung einer entsprechenden Prozess-Outcome-Studie.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie beauftragte Prof. Dr. Volker Tschuschke von der *Universität zu Köln* sowie Prof. Dr. Hugo Grünwald von der *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)* mit der wissenschaftlichen Leitung des Projekts. Seitens der Charta formierte sich ein wissenschaftlicher Beirat, dessen Mitglieder praxisrelevante Fragestellungen, Gegebenheiten und Bedürfnisse in die Planung einbrachten. Diesem Beirat gehörten 2005 folgende Mitglieder an [21]: Dr. Rudolf Buchmann (*SIKOP*), Arnold Frauenfelder, lic. phil. (*IfP*), Dr. Margit Koemeda-Lutz (*SGBAT*), Verena Maggioni Müller (*SGBAT*), Dr. Mario Schlegel (*SGAP*), Peter Schulthess, lic. phil. (*IGW*), Dr. Almut Schweikert (*Szondi*), Dr. Lutz Wittmann (*PSZ*).

Im *Psychotherapie Forum* 14 [7] 2006 Supplement schreibt P. Schulthess: „Das Forschungsprojekt *PAP-S* (...) ist auf gutem Wege. Mittlerweile haben sich 11 *Charta*-Institutionen zur Mitwirkung entschlossen. Mit interessierten *Charta*-externen Institutionen sind wir (...) im Gespräch. Die laufende Pilot- und Machbarkeitsstudie in Zürich soll bis Ende des Jahres abgeschlossen werden. Der *Nationalfonds (NF)* hat in einer ersten Evaluationsrunde die finanzielle Förderung

des Projektes vorerst abgelehnt, jedoch das Design von *PAP-S* als Naturalistische Praxisstudie grundsätzlich begrüßt.“ (S. 93)

Nach umfangreichen Verhandlungen mit den Vertragspartnern (wissenschaftliche Leitung, mitwirkende Institutionen), juristischen Abklärungen und detaillierten Budgetierungsarbeiten wurde die Realisierung der Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (*PAP-S*) in der Mitgliederversammlung vom 21.01.2006 beschlossen. Zur Unterstützung von Teilnehmenden aus der Romandie wurden mehrfache Kooperationsversuche mit dem *Institut für Psychotherapie von der Universität Lausanne* (Profs. Duruz und Déplands) unternommen, langfristig leider ohne Erfolg.

Finanziert wurde die Studie einerseits durch Beiträge der teilnehmenden Institutionen (nach Mitgliederzahl der angeschlossenen Psychotherapeuten/innen: während der ersten 4 Jahre jährlich Fr. 150 pro Psychotherapeut, danach jährlich Fr. 130). Im Sommer 2006 ging eine namhafte Spende eines anonymen, durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich über ein Anwaltsbüro vermittelten, Spenders im Betrag von über einer Million Franken ein. Damit war die Studie auch ohne Nationalfonds-Gelder finanziell gesichert und konnte mit der vorgesehenen Dauer von 6 Jahren gestartet werden.

Von Frühling bis Ende des Jahres 2006 lief eine Pilotstudie in Zürich, die unser Forschungsdesign hinsichtlich der Durchführbarkeit prüfen sollte [8].

b. Geschichte der Projektrealisierung von März 2007 bis Dezember 2012

Anfang März 2007 begann die eigentliche Projektphase. Die Datenerhebung dauerte bis Sommer 2012 (die Rekrutierung neuer Patienten für die Studie endete im Juni 2011). Endauswertung (auf der Prä-Post-Ebene; die Berichterstattung über katamnestiche Ergebnisse wird Anfang 2015 erfolgen) und Abfassung des Gesamtberichts sowie der Institutsberichte erfolgten Ende 2012.

Folgende Aufgaben waren für die Umsetzung des Gesamtprojektes zu lösen:

1) Niedergelassene Psychotherapeuten zur Teilnahme gewinnen

Zahlreiche Informationsveranstaltungen im Rahmen von *Charta*-Kolloquien, institutsinternen und fachöffentlichen Veranstaltungen dienten der Bekanntmachung des Forschungsprojektes und luden über mehrere Jahre hinweg Psychotherapeuten unterschiedlicher Methoden zur Teilnahme an der Studie ein (2006 – 2010).

Die mitwirkenden Therapeuten wurden gebeten, alle Patienten, die ab Beitritt zur Studie neu eine Behandlung bei ihnen beginnen würden, zur Teilnahme einzuladen. Die Patienten wurden über Sinn und Zweck der Studie, über die Freiwilligkeit, Art und Umfang ihrer Teilnahme, die Unabhängigkeit von Behandlung und Studienteilnahme, die Anonymi-

sierung ihrer Daten, sowie die jederzeitige Möglichkeit eines Studienteilnahmeabbruchs informiert.

2) Ethikanträge

In allen Kantonen, in denen Psychotherapeuten an der Studie mitwirkten, mussten Anträge für eine Durchführungsgenehmigung an die zuständigen Ethikkommissionen gestellt werden (Januar bis Dezember 2007). Sie wurden letztlich alle bewilligt.

3) Einrichtung von Assessment-Zentren

In mehreren *Charta*-internen Veranstaltungen und über persönliche Kontakte wurden Kollegen angefragt, ob sie sich als externe Diagnostik-Experten schulen lassen und in dieser Funktion an der Studie mitwirken würden. Ca. 30 Personen haben sich während der Projektlaufzeit mit unterschiedlichen Pensen für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt. In 9 Städten der Schweiz wurden Assessment-Zentren eingerichtet, zu denen teilnehmende Patienten zu Beginn der Behandlung, an deren Ende, sowie ein Jahr nach Abschluss der Behandlung eingeladen wurden, an einem ausführlichen Interview (1 Stunde offen, mit anschließenden OPD-Ratings bezüglich der Struktur- und der Konfliktachse; anschließend SKID-I und II) teilzunehmen, sowie eine sorgfältig zusammengestellte Testbatterie von Fragebögen auszufüllen. Assessment-Zentren gab es in Basel, Bern, Chur, Genf, Lausanne, Luzern, Neuchâtel, St. Gallen, Zürich.

4) Schulung von unabhängigen Diagnostik-Experten

In den Jahren 2006 – 2011 fanden jährlich 8 Schulungstage, teilweise unter der Leitung von Mitgliedern des Arbeitskreises für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD (Prof. Dr. H. Freyberger, Stralsund, und Dr. Th. Jakobsen, Basel), teilweise mit dem Fokus „SKID-Interviewführung“ (Leitung: Pia Heller, lic. phil., Zürich), in den meisten Fällen unter der Leitung von Dr. Peter Müller-Locher, Horgen, statt. Nach einer anfänglichen Einführung in die entsprechenden Interviewtechniken und Absprache von organisatorischen Fragen dienten diese Veranstaltungen in der Folge einer Verbesserung der Interraterreliabilität, insbesondere bei der Beurteilung der OPD-Interviews.

5) *Charta*-externe Berufsverbände und Schulenvertreter zur Mitarbeit einladen

Neben anhaltenden Bemühungen, möglichst viele der *Charta*-Gliedinstitutionen zur Teilnahme zu motivieren, wurde auch der Versuch unternommen, andere, wesentlich an der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz beteiligte Kollegen und deren Verbände zur Mitwirkung einzuladen. Kontakte und Teilnahme-Verhandlungen fanden insbesondere mit dem *Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung Meilen* statt, mit der *Schweizerischen Vereinigung für Systemische The-*

rapie und Beratung, der Schweizerischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung SGGT, der Schweizerischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie SGVT, der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, sowie den Hausärzten Schweiz, Berufsverband der Haus- und Kinderärzte/innen Schweiz. Charta-externe Institute konnten aber nur außerhalb der Schweiz, nämlich Die Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse DÖK und das Systemische Institut Wien, für eine Mitarbeit gewonnen werden.

6) Entwicklung eines Rating-Manuals

Um die Frage der Methodenspezifität angewandter Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen einer weiteren Klärung näher zu führen, wurden einerseits die teilnehmenden Therapeuten gebeten – das Einverständnis ihrer Klienten / Patienten vorausgesetzt –, Audioaufnahmen von sämtlichen Sitzungen der in die Studie eingebrachten Behandlungen anzufertigen; andererseits wurde in einer zwei Jahre in Anspruch nehmenden Zusammenarbeit zwischen Studienleitung und Vertretern mitwirkender Institute ein Interventionskatalog erarbeitet, der sowohl methodenspezifische als auch allgemeine, d.h. mehreren psychotherapeutischen Methoden gemeinsame Interventionskategorien beinhaltet. [9]

3. Studiendesign

a. Naturalistische versus Laborstudie

Im Vorfeld der Studie wurden ausgiebig Zeit und Diskussionen mit den Instituten der Charta verwendet, um zu klären, welche Art von Studie am sinnvollsten und geeignetsten sein würde. Zwei Möglichkeiten standen zur Wahl: eine *randomisiert-kontrollierte Studie* (*randomized controlled study = RCT*), auch als *efficacy study* bezeichnet, die quasi unter Laborbedingungen hätte stattfinden müssen – mit allen zugehörigen einschneidenden Maßnahmen für die Durchführung der Therapien, oder eine so genannte *naturalistische Studie* (*effectiveness study*), die die Therapien möglichst ohne Einfluss durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter – eben „natürlich“ – belassen würde.

Die Vor- und Nachteile beider Ansätze haben wir in einer ersten Publikation [8] ausführlich behandelt. Letztlich fiel die Entscheidung zugunsten einer naturalistischen Studie aus, und zwar aus folgenden Gründen:

- das Anliegen der *Charta*-Institute war das einer Bewertung der realen therapeutischen Wirkungen der in den alltäglichen Praxen stattfindenden psychotherapeutischen Behandlungen der einzelnen schul-/instituts-orientierten Konzepte
- es sollten keine verändernden, einschneidenden Einflüsse der Forschung auf die alltägliche psychotherapeutisch-klinische Praxis der Therapeuten genommen werden (damit sollte die *externe Validität*, d.h. die Aussagekraft der Studienergebnisse möglichst hoch gehalten werden)

Alle teilnehmenden Psychotherapeuten und deren eingebrachte Therapien sollten in ihrer täglichen Routine-Behandlung so wenig wie möglich von der Forschungsseite beeinflusst und verändert werden. Andererseits musste ein großer methodischer Aufwand betrieben werden, um wissenschaftlich anzulegenden Kriterien Genüge zu tun. Die wissenschaftliche Steuerungsgruppe (alphabetisch: Aureliano Crameri, lic. phil., Dr. Margit Koemeda, Peter Schulthess, lic. phil., Prof. Dr. Volker Tschuschke, Prof. Dr. Agnes von Wyl – in der Planungsphase und zu Beginn waren auch Dr. Ruedi Buchmann, Dr. Mario Schlegel und Prof. Dr. Hugo Grünwald für Agnes von Wyl dabei) entschied sich im Einvernehmen mit den *Charta*-Instituten für eine naturalistische Prozess-Ergebnisstudie, die Aussagen erbringen sollte zu relevanten Prozessmerkmalen der verschiedenen beteiligten Konzepte in Verbindung zum Therapieergebnis.

Das Studiendesign wird nachfolgend beschrieben. Es findet sich zusammen mit den deskriptiven Daten der Baseline Erhebung finden sich auch in von Wyl et al 2013 [24].

b. Prozess-Outcome-Studie

Prozess-Ergebnis-Studien in der Psychotherapie sollen Aufschlüsse darüber liefern, welche Merkmale und Prozesse während der psychotherapeutischen Behandlung verantwortlich sind für die therapeutischen Veränderungen, die ja durch die Behandlung angezielt werden. In der PAP-S-Studie entschieden wir uns für eine Erfassung der Qualitäten des therapeutischen Arbeitsbündnisses, die Erfassung der psychischen Belastung sowie die Erfassung der persönlichen Einschätzung der Therapeuten bezüglich ihrer in der aktuellen Sitzung erfolgten Interventionsmaßnahmen (sh. nachfolgend die Beschreibung der verwendeten Verfahren). Mit diesen Dimensionen wollten wir eine sehr wichtige Variable des therapeutischen Prozesses – die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses – und seiner Bedeutung für den Therapieerfolg untersuchen wie auch im Längsschnitt der Behandlung verfolgen, wie sich die Arbeitsbeziehung über die Zeit entwickelt und was das mit Therapiefortschritt zu tun hat.

Die subjektive Beurteilung der Therapeuten bezüglich ihrer eigenen konzeptspezifischen (konzepttreuen) Interventionen wollten wir in Beziehung setzen zu objektiven Einschätzungen unabhängiger Rater (sh. weiter unten), um einen Vergleich zu erhalten, inwieweit Therapeuten ihre Technik realistisch einschätzen und was die beiden Perspektiven – objektiv und subjektiv – mit dem späteren Therapieergebnis zu tun haben würden.

c. Outcome-Batterie

Die Outcome-Messverfahren wählten wir nach dem Stand der internationalen Psychotherapieforschung aus. Es sollten etablierte, anerkannte und valide Messverfahren sein, die es auch ermöglichen würden, die Forschungsergebnisse international und national in Fachzeitschriften zu publizieren.

Üblicherweise berücksichtigt man drei Messebenen: die Perspektive des Patienten, die des behandelnden Therapeuten und die unabhängiger Kliniker oder Forscher.

Die Outcome-Messverfahren kamen zu drei Zeitpunkten zum Einsatz: zu Behandlungsbeginn, nach der letzten Therapie-Sitzung (zum Behandlungsende) und ein Jahr nach Behandlungsende (Katamnese).

Erfolg wurde nach jedem Verfahren gemessen (prä-post-Vergleiche, prä-Katamnese-Vergleiche), um das Erfolgsausmaß anhand der verschiedenen Dimensionen beurteilen zu können. Zusätzlich wurde über die vier Outcome-Verfahren *BSI*, *OQ-45*, *BDI* und *GAF* ein *Gesamtwert* berechnet (jeweils zu prä, post und Katamnese), um den Therapieeffekt auf eine breite Basis zu stellen (Strategie des multiplen Outcome-Kriteriums) [11, 12]: Therapieerfolg oder Misserfolg bilden sich auf unterschiedlichen Ebenen ab, d.h. es ist davon auszugehen,

dass Behandlungserfolg bzw. –misserfolg sich in verschiedenen Tests unterschiedlich niederschlagen, so dass auf einer solch breiten Basis verlässlichere Einschätzungen möglich sind als auf der eines einzelnen Tests.

Dieses Aufsummieren der Belastungen je Messverfahren zu jedem Messzeitpunkt erfolgt über *T-Wert-Normierungen* der verschiedenen Test-Scores, da die Werte der vier Tests naturgemäß eine unterschiedliche Skalierung aufweisen.

Patienten-Perspektive: Als das meist verbreitete Verfahren gilt die *SCL-90-R* [13], eine Symptom-Checkliste mit 90 Fragen zu allen möglichen körperlichen und psychosozial bedingten Beschwerden der letzten sieben Tage (z.B. Ängste, Depressionen, Zwänge, Somatisierungen, psychiatrische Auffälligkeiten). Wir wählten die Kurzform, das *Brief-Symptom Inventory (BSI)* mit 53 Fragen und denselben neun Dimensionen wie sie die *SCL-90-R* hat. Das Verfahren hat sich als sehr veränderungssensibel erwiesen, sogar von Sitzung zu Sitzung.

Als zweites Verfahren der Patienten-Perspektive wurde das derzeit als in Forschungsstudien unverzichtbar angesehene *Outcome-Questionnaire 45-2 (OQ-45-2)* [14] eingesetzt, ein Fragebogen, bestehend aus 45 Fragen zu Symptomen, interpersonellen Beziehungen sowie zu sozialen Rollenfunktionen.

Schließlich wurde noch das *Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)* [15] verwendet, das 21 depressive Symptome abfragt.

Behandler- und unabhängige Kliniker-Perspektiven: Die Therapeuten – wie auch unabhängige Kliniker – schätzten das psychiatrische Funktionsniveau der Patienten zu Behandlungsbeginn, -ende und zur Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende anhand der *Global Assessment Functioning Scale (GAF)*, der Achse V des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)* [16] ein.

Unabhängige Kliniker-Perspektive: Ausschließlich durch unabhängige, trainierte klinische Beurteiler wurden mittels der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)* [17] aus der psychodynamischen Theorie die Achsen III (Strukturlevel) und IV (Konfliktverarbeitungslevel) vor und nach der Behandlung beurteilt. Außerdem wurde das *Strukturierte Klinische Interview (SKID-II) für DSM-IV* [18] eingesetzt.

d. Prozess-Messverfahren

Jede fünfte Therapiesitzung wurde das therapeutische Arbeitsbündnis – sowohl vom Patienten wie auch vom Therapeuten – anhand des *Helping Alliance Questionnaires (HAQ)* [19] nach Luborsky beurteilt. Dieser Fragebogen beinhaltet 12 Items, die sich auf zwei Skalen auf-

teilen: *Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung* und *Zufriedenheit mit der Therapie*. Zusätzlich wurde der *OQ-45* vom Patienten ausgefüllt (sh. Punkt c), um einen Verlaufswert bezüglich der symptomatischen, interpersonellen und sozialen Probleme über den Therapieverlauf zu haben.

Schließlich füllte jeder Therapeut nach jeder Therapiesitzung eine *Checkliste* aus, die seinen persönlichen Eindruck bezüglich seiner technischen Interventionen in der gerade stattgehabten Sitzung erfassen sollte. Jeder Therapeut hatte dieselben allgemeinen, unspezifischen Interventionstechniken auf der Checkliste, die vermutlich für alle Behandlungskonzepte eine Rolle spielen, wie auch die konzeptspezifischen Interventionstechniken, die charakteristisch für sein gelerntes Behandlungskonzept und seine Institutszugehörigkeit sind. Diese spezifischen Interventionstechniken waren von den kooperierenden Instituten ausgearbeitet worden und wurden neben den allgemeinen, unspezifischen Items in einer Checkliste aufgeführt. Somit erhielt jeder Therapeut – entsprechend seiner Schulzugehörigkeit – eine Liste mit maximal 35 Items, die er nach jeder Sitzung anhand einer Skala von 0 (gar nicht vorgekommen) – 10 (sehr oft/sehr intensiv vorgekommen) ankreuzte. Die subjektiven Ratings sollten mit objektiven Ratings (sh. Punkt e) verglichen werden.

e. Manualgeleitete objektive Ratings der Therapeuten-Interventionen

Ein Großteil aller kooperierenden Therapeuten erklärte sich bereit, regelmäßig und kontinuierlich alle Sitzungen der in die Studie eingebrachten psychotherapeutischen Behandlungen tonaufzuzeichnen, sofern die Patienten ihre Bereitschaft zur Beforschung ihrer psychotherapeutischen Behandlung erteilt hatten (sh. hierzu Punkt 3.a.ii).

Von allen regelmäßig aufgezeichneten Therapien wurden per Zufall psychotherapeutische Sitzungen für vollständige Ratings der gesamten Sitzung gezogen. Zur Bewertung der Behandlungsintegrität der therapeutischen Interventionen wurde ein neuartiges Manual entwickelt, das aus 100 Interventionstechniken besteht. Die einzelnen kooperierenden Institute lieferten hierzu Technik-Definitionen, die als jeweils typisch und unverzichtbar für ihren konzeptuellen psychotherapeutischen Ansatz betrachtet werden [9]. Ergänzend wurden die wesentlichen, charakteristischen Interventionstechniken nicht an der Studie teilnehmender, wichtiger psychotherapeutischer Konzepte wie Verhaltenstherapie, klientenzentrierte Therapie und systemische Therapie mit einbezogen. Hierzu wurden kooperierende Fachleute der genannten Konzepte gewonnen*. Schließlich wurde noch der Tatsache Rechnung getragen,

*Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert, Gabriele Angenendt und Hugo Grünwald sei dafür an dieser Stelle herzlich gedankt.

dass unspezifische, allgemeine Interventionen in der Psychotherapie – also nicht-schulengebundene Interventionen – eine Rolle spielen und daher im Vergleich mit der Forschungsliteratur diesbezüglich meistgenannte Interventionskategorien in das Manual integriert [9]. Alle 100 Kategorien folgen demselben strukturellen Prinzip: Eine Definition der Intervention ist gefolgt von wenigen Operationalisierungen (was genau muss vorliegen, um diese Kategorie zu vergeben?), welche ähnlichen Kategorien gibt es und worin unterscheidet sich diese Kategorie von anderen, schließlich folgen noch typische Ankerbeispiele. Das Manual wurde von drei unabhängigen wissenschaftlichen Mitarbeitern über zwei Jahre kontinuierlich im Austausch mit den kooperierenden Instituten entwickelt.

Die Rater-Version des Manuals enthält keinerlei Hinweise auf die Schulen-/Konzept- bzw. Institutzugehörigkeit der 100 Rating-Kategorien. Ratings erfolgen auf der Basis eines grammatikalischen Satzes einer jeden therapeutischen Intervention (*Rating-Einheit*). Hier erfolgt im zutreffenden Fall eine simple nominale Kennzeichnung (die zutreffende Kategoriengruppe zwischen 1 und 100; Kategorien schließen sich gegenseitig aus; im Zweifel wird nicht kodiert). Zwischen ca. 30 und 70 therapeutische Interventionen je Sitzung wurden von den Therapeuten vorgenommen. Insgesamt wurden bis zum Datum dieser Berichtlegung 448 Sitzungen von 136 Therapien vollständig bewertet (d.h. je Therapie wurden 3 – 4 Sitzungen für die Ratings verwendet). Jedes an der Studie teilnehmende Institut bzw. jedes Konzept ist in diesen 136 Behandlungen repräsentativ vertreten, d. h. zwischen 50% und 73,3% aller von den Instituten/Konzepten in die Studie eingebrachten tonaufgezeichneten psychotherapeutischen Behandlungen wurden inzwischen objektiv von den Ratern bewertet [43]. Patienten-Äußerungen in den Sitzungen wurden herangezogen, um im Zweifel die Äußerungen der Therapeuten sicherer einschätzen zu können (*Kontext-Einheit*). Scores wurden für jede Sitzung in Prozentzahlen berechnet. Hierzu werden die Rohwerte (Summe) aller konzepttypischen, aller unspezifischen/allgemeinen und aller fremdschulischen Interventionen jeweils für sich genommen zusammengezählt und in Prozente umgerechnet (alle zusammen summieren sich auf 100% Interventionen je Sitzung) (*Auswertungs-Einheit*). Über alle drei bzw. vier gerateten Sitzungen je Therapie werden die Prozentzahlen gemittelt (jeweils für konzeptkonforme, unspezifische/allgemeine und fremdschulische Interventionen). Das Rater-Training mit sieben Ratern war sehr aufwendig, dauerte zwei Jahre und mündete schließlich in eine sehr zufrieden stellende durchschnittliche Interrater-Reliabilität (Cohen's Kappa) von .63 - .67, wenn man die Schwierigkeit einer exakten Bestimmung der Rating-Einheit – also des Abschnittes, in dem der Therapeut eine bestimmte Intervention neu beginnt und beendet – berücksichtigt, so dass die Interrater-Reliabilitäten der meisten „Adherence-Competence“-Ratingskalen lediglich um die .50 liegen [20].

4. Beschreibung der Stichprobe

a. Gesamtstichprobe

Initial entschlossen sich 10 der derzeit 22 in der Charta für Psychotherapie zusammengefassten Institute bzw. Konzepte, an der Studie teilzunehmen. Es handelt sich um die nachfolgend aufgeführten:

- Analytische Psychologie (Jung-Institut Zürich, ISAP, SGAP) (tiefenpsychologisch)
- Bioenergetische Analyse (SGBAT) (tiefenpsychologisch) und Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK)
- Europäische Gesellschaft für Interdisziplinäre Studien (EGIS) – Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie (integrativ)
- Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz (GES) (humanistisch)
- Schweizer Verein für Gestalttherapie (SVG) (humanistisch)
- Institut für Prozessarbeit (IPA) (tiefenpsychologisch)
- Integrative Körpertherapie (IBP) (humanistisch)
- Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE) (humanistisch)
- Psychoanalyse (tiefenpsychologisch)
- Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA) und Association Suisse d'Analyse Transactionnelle (ASAT) (humanistisch)

Im Laufe der Studie schlossen sich noch die französischsprachigen Transaktionsanalyse-Kollegen der *Association Suisse d'analyse transactionnelle (ASAT)* und die *Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK)* an. Die ASAT-Therapien wurden mit den Therapien der SGTA zu einem Konzept zusammen gefasst wie auch die SGBAT- mit den DÖK-Therapien.

i. Therapeuten

Geschlecht

81 Psychotherapeuten aus zwölf kooperierenden Instituten (10 Konzepten) nahmen aktiv an der Studie teil. Von diesen 81 Therapeuten sind 54 weiblichen Geschlechts (66,7%) und 26 männlichen Geschlechts (32,1%) (eine fehlende Angabe). Damit ist auch bei der Therapeuten-Verteilung die in der Literatur immer wieder berichtete Zwei-Drittel- (♀) zu Einem-Drittel-Verteilung (♂) der Geschlechter in unserer Studie bei den therapeutischen Behandlern festzustellen. Diese ergab sich auch in einer Basisdokumentation zur Psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz durch die Institute und Verbände der *Schweizer Charta für Psychotherapie* 2001 [21].

Alter

Das Alter der Therapeuten ist im Durchschnitt 50,2 Jahre (♀) bzw. 50,6 Jahre (♂). Das entspricht in etwa demselben Wert wie er in einer Basisdokumentation zur Psychotherapeutischen Versorgung durch die *Schweizer Charta für Psychotherapie* 2001 erhoben wurde [21].

Berufserfahrung

Die Berufserfahrung der Therapeuten kann im Durchschnitt als sehr hoch angesehen werden: 7,1 Jahre (♀) bzw. 10,6 Jahre (♂). Damit weisen die männlichen Therapeuten etwas längere Berufserfahrung als die weiblichen Therapeuten aus. Die durchschnittliche Berufserfahrung der an der *PAP-S*-Studie teilnehmenden Psychotherapeuten liegt deutlich über der der meisten in der Literatur berichteten Studien.

ii. Patienten

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte von März 2007 bis Ende Juni 2011, indem alle teilnehmenden Institute/Therapeuten jeden neuen Patienten auf eine mögliche freiwillige Studienteilnahme hin ansprachen. Es gab keinerlei Einschränkungen im Hinblick auf den Studieneinschluss (z.B. bezüglich Diagnosen, Alter usw.). Jeder teilnehmende Patient unterzeichnete eine *Einverständniserklärung*, die die Freiwilligkeit der Teilnahme und die jederzeitige Freiheit zum Abbruch der Studienteilnahme betonte. Von jedem Kanton der teilnehmenden Städte wurde die Genehmigung für die Durchführung der Studie von der zuständigen Ethik-Kommission eingeholt, alles in allem von sieben Schweizer Kantonen.

Insgesamt wurden 1.659 Patienten bezüglich einer Studienteilnahme angefragt. Davon sagten initial 379 Patienten zu, und sie wurden in die Studie aufgenommen. Von diesen Patienten erschienen zum Prä-Assessment (bei Therapie-Eintritt) 362 Patienten; 17 Patienten erschienen nicht. Damit konnten wir 362 Patienten in die Studie aufnehmen. Von diesen brach jedoch eine ganze Reihe die Teilnahme an der Studie bzw. die Therapie ab oder lehnte es ab, eine Abschlussmessung vornehmen zu lassen. Insgesamt handelte es sich hierbei um 64 Patienten (d.s. immerhin 16,9% aller in die Studie eingetretenen Patienten: 39 Patienten stiegen aus der Therapie aus, 31 stiegen aus der Studie aus, blieben aber weiterhin in Therapie, 2 Patienten gingen schlicht für die Studie verloren (keine Reaktion) und 2 Therapeuten stiegen aus der Studie aus). Nicht abgebrochen haben 350 Patienten, von denen jedoch einige wiederum die Abschlusstestung zum Post-Zeitpunkt entweder verpassten (obwohl sie die Therapie regulär beendet hatten) bzw. Datenausfälle in verschiedenen Ergebnis-Tests haben, so dass wir keine vollständigen Datensätze für

die 350 Patienten zu Prä-Post vorliegen haben (von Aureliano Cramerer wird derzeit eine Publikation vorbereitet, in der mittels mathematischer Modelle fehlende Werte ausgeglichen werden können).

Geschlecht

Auch hier finden wir exakt die typische 2:1-Verteilung: 232 weibliche (66,3%) und 118 männliche Patienten (33,7%).

Alter

Das Alter der Patienten ist mit durchschnittlich 38,8 Jahren (♀) und 40,1 Jahren (♂) im Durchschnitt ziemlich genau 10 Jahre unter dem der Therapeuten. Auch dies entspricht den Befunden der Basisdokumentation der *Charta* [21].

Diagnosen-Verteilung

Von den 350 in der Studie bis zum Therapieende befindlichen Patienten ergaben sich folgende Zahlen für die von den Therapeuten gestellten Diagnosen (ICD-10-Hauptdiagnosen-Gruppierungen; berücksichtigt wurden die Hauptdiagnose und die beiden ersten Nebendiagnosen) (Tabelle 1):

Diagnosen	N	%
Depressiver Formenkreis (Klasse 3 ICD-10)	105	30,0
Angst-Zwänge-Anpassungsformenkreis (Klasse 4 ICD-10)	114	32,6
Angst-Depression gemischt	45	12,9
Persönlichkeitsstörung (Klasse 6 ICD-10)	61	17,4
sonstige	25	7,1

Tabelle 1: ICD-10-Diagnosen (Therapeuten der *PAP-S*-Studie)

Repräsentative epidemiologische Studien bestätigen, dass speziell die affektiven und Angststörungsformen den Hauptteil der psychischen Morbidität in der Bevölkerung ausmachen [21]. Bei einer 12-Monats-Prävalenz-Studie wurde ein Großteil der bundesdeutschen Bevölkerung mit Angst- und Anpassungsstörungen diagnostiziert (nach dem DSM-III) (Zwangsstörungen: 0,7%, Phobien: 12,6%, generalisierte Angststörungen: 2,5%, Panikstörungen: 2,3% und somatoforme Störungsbilder: 11%), das entspricht einer Morbiditätsrate von 29,1% (das wären bei einer Gesamtbevölkerungszahl von 82 Millionen 23,9 Millionen Bürger). Affektive Störungen (bipolare Störungen: 1,3%, Dysthymien: 4,5%

und depressive Störungsbilder: 8,8%) wurden mit 14,6% vorgefunden (das wären knapp 12 Millionen Bürger).

Von diesen allerdings nimmt nur ein kleiner Teil die Option psychotherapeutischer Behandlung wahr.

In der Basisdokumentation der *Charta* wurden in einer Vollerhebung unter den Therapeuten folgende ICD-10-Diagnoseverteilungen der von *Charta*-Therapeuten behandelten Patienten gefunden: Klassen F3: 21%, F4: 35.5%, F6: 14.5%. Rechnet man die Gruppe der gemischten Angst-Depressionsstörungen dem depressiven Formenkreis (F3) zu, so ergäbe sich in der *PAP-S-Studie* in etwa die gleiche Verteilung wie in der Basisdokumentation der *Charta*-Institutionen, deren Daten aus Angaben von 1.292 Therapeuten/innen mit 16.053 Patientendaten gewonnen wurde [20].

Die *PAP-S-Studie* berücksichtigte ebenfalls diagnostische Ratings durch speziell trainierte Assessoren (Rater), die das *SKID*-System (ein strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) anwendeten [22]. Mit dem DSM-IV werden – anders als beim ICD-10 – klinische Syndrome und Persönlichkeitsstörungen auf separaten Achsen beurteilt. Dadurch muss nicht entschieden werden, ob. z.B. entweder die Depression oder die narzisstische Persönlichkeitsstörung im Vordergrund steht. Deswegen ist der in Tab. 2 aufgeführte Anteil an Persönlichkeitsstörungen höher als bei den ICD-10-Hauptdiagnosen. Wir erhalten eine ähnliche Prävalenz an Persönlichkeitsstörungen (44%; sh. Tab. 3) wie in der Studie von Grant et al. [23], in welcher sich ein Anteil von über 50% Persönlichkeitsstörungen bei Personen ergab, die professionelle psychologische Hilfe in Anspruch nahmen.

Achse I	N	%
Affektive Störungen	134	38,3
Angststörungen	82	23,4
Anpassungsstörungen	54	15,4
andere	40	11,4
keine	40	11,4
Gesamt	350	100,0

Tabelle 2: Achse I-Diagnosen nach DSM-IV (Assessoren-Ratings)

Die Diagnosen verteilen sich wie folgt (Tabelle 2, nach so genannten Achsen):

Die Kategorie „keine“ umfasst V-Kodierungen (ähnlich wie Z-Kodierungen im ICD-10), Teilremissionen und andere psychische Belastungen, welche nicht alle Kriterien eines klinischen Syndroms nach DSM-IV erfüllen.

Die Verteilung der affektiven (zwischen 30% und 40%) und ängstlichen/Anpassungs-Störungsbilder (fast 40% - 45%) sind nicht grob unterschiedlich zwischen den Therapeuten-Ratings nach ICD-10 und den Assessoren-Ratings nach DSM-IV.

Achse II	N	%
Cluster A (sonderbar-exzentrisch, z.B. schizoide Pst)	8	2,3
Cluster B (dramatisch-emotional, z.B. Borderline-Pst)	43	12,3
Cluster C (ängstlich-furchtsam, z.B. dependente Pst)	103	29,4
keine	196	56,0
Gesamt	350	100,0

Tabelle 3: Achse II-Diagnosen nach DSM-IV (Assessoren-Ratings)

Tabelle 3 zeigt die Zusammenfassung der *SKID-II*-Diagnosen, d.h. die Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen, welche die Assessoren formuliert haben.

Wir erhalten also nach dem DSM-IV wesentlich mehr Persönlichkeitsstörungen als die Therapeuten nach dem ICD-10 eingeschätzt haben.

Schwere der psychischen Belastung bei Behandlungsbeginn

Die Einteilung in bestimmte diagnostische Kategorien erlaubt es nicht, die „Schwere der psychischen Belastung“ zu bestimmen. Um diese einschätzen zu können, wurde eine hierarchische Clusteranalyse über alle vier Ergebnistest-Werte zum Zeitpunkt Prä (zu Beginn der Therapie) gerechnet. Entsprechend dem *Elbow-Kriterium* resultierte eine Clusterlösung von 5 Clustern: leichte Belastung, relativ leichte Belastung, mittlere Belastung, schwere Belastung und sehr schwere Belastung.

B Katamnese-Ergebnisse der Gesamtstichprobe der PAP-S-Studie

1. Einleitende Bemerkungen

Bei diesem Bericht handelt es sich um einen allgemeinen Abschlussbericht der *Schweizer Charta für Psychotherapie* zum PAP-S-Projekt. Er schließt die katamnesticen Nachuntersuchungen des Projekts ein, die ein Jahr nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlungen vorgenommen werden konnten. Der Bericht bezieht sich in den grundlegenden Aspekten der Studie (Design-Fragen zur Studie, Mess-Instrumente usw.) auf den ersten Abschlussbericht zum Projekt, der im Februar 2013 vorgelegt wurde [25]. Dieser erste Bericht bezog sich ausschließlich auf die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs – also auf den Vergleich zwischen Eingangsstatus und Ergebnis unmittelbar zum Therapieende.

Der hiermit nun vorgelegte Katamnese-Bericht soll die erzielten Behandlungseffekte auf ihre Dauerhaftigkeit hin untersuchen. Er umfasst für die Gesamtstichprobe der PAP-S-Studie die Veränderungen, die sich zwischen Therapiebeginn und dem katamnesticen Nachbetrachtungszeitraum von einem Jahr nach Behandlungsende ergaben,

Des Weiteren schließt dieser Bericht die Ergebnisse einer Stichprobe von gerateten Sitzungen aus allen tonaufgezeichneten Sitzungen mit ein (C).

2. Katamnese-Ergebnisse

Der Stand der Psychotherapieforschung weist ganz überwiegend nach, dass die unter psychotherapeutischer Behandlung erzielten Veränderungen auch nach Beendigung der Behandlungen im Wesentlichen stabil bleiben oder sich sogar noch weiter verbessern können, auch ohne weitere therapeutische Maßnahmen [26]. Wenn dies auch für den überwiegenden Teil aller Patienten gilt – die klassische Metaanalyse von Smith et al. [27] wies nach, dass es 80% aller Psychotherapie-Patienten nach einer Behandlung besser geht als nicht behandelten Personen – so trifft dies eben nicht auf alle zu. Einige Patienten sprechen nicht oder nicht ausreichend gut auf professionelle psychotherapeutische Behandlung an und einige können die während der Behandlung erzielten Verbesserungen nicht aufrechterhalten. Derzeit ist die Frage noch nicht befriedigend geklärt, warum bei einigen Behandlungen – sofern die Behandlung bei den Patienten zunächst ansprach – die erzielten Effekte nicht aufrechterhalten werden konnten [26].

Dieser Katamnese-Abschlussbericht gestattet es, die während der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen erzielten Veränderungen und Verbesserungen der von den 10 kooperierenden Instituten bzw. Behandlungskonzepten in die *PAP-S*-Studie eingebrachten Behandlungsfälle auf der Basis einer einjährigen Katamnese zu überprüfen und zu bewerten. Bezüglich der während der Behandlungen erzielten Effekte (prä-post-Vergleich) sei auf den Abschlussbericht von 2013 verwiesen. Auch die Merkmale der in die Studie eingegangenen Behandlungsfälle und Behandler können dem Abschlussbericht von 2013 entnommen werden [25]. Der hiermit vorgelegte katamnestiche Abschlussbericht befasst sich ausschließlich mit den nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlungen stattgehabten Entwicklungen, die innerhalb eines Jahres erfolgten (prä-follow-up- und post-follow-up-Vergleiche).

3. Stichproben

Von ursprünglich N = 379 in die *PAP-S*-Studie aufgenommenen Patienten liegen für N = 241 Patienten auswertbare Daten zu den drei Messzeitpunkten t 1 (prä), t 2 (post) und t 3 (follow-up) vor. Für den Vergleich zwischen Therapiebeginn und Nachuntersuchung ein Jahr nach Behandlungsende liegen uns vollständige Testergebnisse in allen vier Outcome-Messverfahren leider nur für 143 bis 146 Behandlungsfälle vor.

a. Prä-Follow-up-Vergleich

Tabelle 1 zeigt die Behandlungsergebnisse für den Vergleich Behandlungsbeginn (prä) und katamnesterischer Nachuntersuchung ein Jahr nach Beendigung der Therapie (Kat) in allen vier Outcome-Tests (*Brief Symptom-Inventory BSI*; *Outcome Questionnaire-45-2*; *Global Assessment Functioning Scale*; *Beck Depression-Inventory BDI-II*).

Die Tabelle zeigt, welche Testwerte sich für die 146 Patienten vor Beginn der Behandlung (prä) und zum Katamnese-Zeitpunkt ein Jahr nach Beendigung der Therapie ergaben. Leider fielen gegenüber den prä-post-Testungen, die im Abschlussbericht 2013 dargestellt sind (S. 22), zahlreiche Patienten aus den Berechnungen heraus, da für sie ein Jahr nach Beendigung der Behandlung keine katamnesterischen Erhebungen vorlagen (gegenüber den prä-post-Testungen fehlen Daten für 105 bis 121 Patienten).

Für 143 bis 146 Patienten, für die sämtliche Testwerte vorliegen, kann für alle vier Tests festgestellt werden, dass sich durchschnittlich hochsignifikante Verbesserungen vom Status unmittelbar vor Beginn der Behandlung und dem Zustand ein Jahr nach Behandlungs-Ende ergaben. Die Effektstärken liegen durchgängig sehr hoch und übersteigen die Behandlungseffekte der Patienten-Stichprobe (sh. Abschlussbericht 2013, S. 22) deutlich.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	0,78	146	0,51	12,08	0,0001	1,00
BSI-GSI Kat	0,31	146	0,33			
OQ-45 prä	59,13	145	20,79	12,67	0,0001	1,05
OQ-45 Kat	36,81	145	18,95			
GAF prä	64,62	144	13,59	- 13,41	0,0001	1,12
GAF Kat	81,61	144	12,37			
BDI prä	13,61	143	9,29	12,34	0,0001	1,03
BDI Kat	4,61	143	5,81			

Tabelle 1: Prä-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (N = 143 - 146)

Dieses Ergebnis besagt, dass sich – zumindest für die 143 bis 146 Patienten mit vollständigen Messwerten zu allen drei Messzeitpunkten – bedeutsame Stabilisierungen und Verbesserungen noch nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung ergaben, wie die deutlich höheren Effektstärken in allen vier Tests belegen (Berechnung der Effektstärken [Cohen's d] im Vergleich vor der Behandlung und ein Jahr nach Beendigung derselben).

b. Post-Follow-up-Vergleich

Tabelle 2 dokumentiert weitere Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt des Therapie-Endes und dem Follow-up ein Jahr nach Therapieende. Die Effektstärken sind vergleichsweise gering, gleichwohl dokumentieren sie, dass es weitere positive Wirkungen auch nach Therapieende gegeben hat. Im Falle der klinischen Einschätzung der unabhängigen Experten (*GAF*) und der Symptome (*BSI*) sogar hochsignifikante und im Falle der Depressionsmessung (*BDI*) ebenfalls signifikante Effekte. Diese Stabilisierungen bzw. weiteren leichten Verbesserungen gelten an dieser Stelle für die gesamte Stichprobe im Durchschnitt.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI post	0,37	145	0,36			
BSI-GSI Kat	0,31	145	0,32	2,65	0,009	0,22
OQ-45 post	37,89	144	20,02			
OQ-45 Kat	36,45	144	18,50	1,10	0,272	0,09
GAF post	78,20	143	12,75			
GAF Kat	81,69	143	12,38	- 3,59	0,0001	0,30
BDI post	5,77	142	6,50			
BDI Kat	4,48	142	5,62	2,46	0,015	0,21

Tabelle 2: Post-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (N = 142 - 145)

Es lässt sich durchaus noch zwischen „Zugewinnlern“ und solchen ohne weitere Verbesserung oder sogar leichter Verschlechterung zum Follow-up-Zeitpunkt unterscheiden (s.u.). Zunächst kann an dieser Stelle jedoch festgehalten werden, dass seriöse Psychotherapie, durchgeführt von erfahrenen Psychotherapeuten, bei „echten“ Patienten im normalen, alltäglichen ambulanten Behandlungssetting im Durchschnitt hochsignifikant günstige Behandlungseffekte mit anhaltender Wirkung erzielt. Damit werden wesentliche Metaanalysen der Forschungsliteratur bestätigt, dass für das Gros der Psychotherapie-Patienten gilt, dass Psychotherapie klinisch bedeutsame, hilfreiche Wirkungen erzielt, die auch nach Beendigung der Behandlung für die meisten Patienten stabil bleiben oder sich sogar noch leicht verbessern [26].

4. Warum eine so große Schwundrate zum Follow-up-Zeitpunkt?

Zur Beantwortung der Frage, welche Wirkungen Psychotherapie erzielen kann, zählt natürlich die Frage nach der Stabilität des Erreichten. Hierzu verwenden die Studien, die diesen Aspekt näher beleuchteten, unterschiedliche Zeiträume nach Beendigung der Behandlungen. Diese reichen von meist einem Jahr, über zwei oder drei Jahre bis hin zu längeren Zeiträumen wie fünf bis 10 Jahren in ganz wenigen Studien. Die Schwierigkeit dabei ist, dass Projekte meist kürzere Laufzeiten haben und niemand mehr dafür bezahlt wird, später noch einmal Untersuchungen durchzuführen, dass Patienten nach allen Erfahrungen immer weniger bereit sind, an solchen Nachuntersuchungen teilzunehmen, je weiter der Behandlungszeitraum zurückliegt, oder dass insbesondere Patienten mit ungünstigeren Behandlungsergebnissen signifikant weniger bereit sind, zu kooperieren als diejenigen, die sich eher gerne an das positive Erleben einer gelungenen psychotherapeutischen Behandlung erinnern.

Die Anzahl fehlender Testungen zum Katamnese-Zeitpunkt im Rahmen der *PAP-S*-Studie wirft ähnliche Fragen auf. Von 241 Patienten haben zwischen 143 bis 146 Tests ausgefüllt bzw. wurden von den unabhängigen Experten interviewt (für den *GAF*-Test). D.h., dass für ungefähr 60% aller Patienten eine Betrachtung der weiteren Entwicklung nach Behandlungsende möglich war.

Beide Patientengruppen – die mit Untersuchungs-Compliance und die ohne – wurden im Hinblick auf verschiedene Variablen miteinander verglichen, um eventuelle Gründe für die fehlende Teilnahme an den Nachuntersuchungen zu finden.

Die Anzahl der von beiden Gruppierungen in Anspruch genommenen Behandlungssitzungen unterscheidet sich hochsignifikant voneinander (Tabelle 3).

	N	MW	s	Mittl. Differenz	p
Patienten mit Verbesserung gegenüber prä oder unverändert gegenüber post	119	39,3	33,0	21,59	0,0001
Fehlende Patienten	93	60,9	41,3		

Tabelle 3: Anzahl der Therapiesitzungen für unterschiedliche Subgruppen (ANOVA; Scheffé-Test)

Patienten, die in unseren katamnestischen Nachuntersuchungen fehlen, haben hochsignifikant mehr Behandlungssitzungen erhalten als die Patienten, für die wir vollständige Testdaten zur Verfügung haben. Der Grund dafür dürfte wohl zum einen in der Tatsache begründet sein, dass sich einige der Patienten, die nicht an den Nachuntersuchungen teilnahmen, noch in ihrer nicht abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung befanden. Durchschnittlich erhielt diese Gruppe ungefähr 61 Therapiesitzungen (war also vermutlich mindestens 20 Wochen oder noch

länger in Behandlung) – gegenüber ca. 39 Therapiesitzungen der anderen Gruppierung, die zum Katamnese-Zeitpunkt untersucht werden konnte, so dass einige Patienten wohl noch länger in Behandlung waren und deshalb für die Katamnese-Untersuchung ausfielen.

Der angeführte Grund dürfte allerdings keineswegs der einzige für die relativ hohe Dropout-Rate sein. Wir haben die Patienten näher im Hinblick auf ihr Ansprechen auf ihre psychotherapeutische Behandlung betrachtet, indem wir das Ausmaß der Chronifizierung der psychischen Probleme der Patienten, das Patienten-Alter, das Alter der Therapeuten, das Ausmaß der professionellen Erfahrung der Therapeuten, die Art der ICD-10-Diagnose sowie die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung untersuchten. Allerdings spielte keine der genannten Variablen eine Rolle bei der Erklärung, warum die eine Gruppe an der Nachuntersuchung teilnahm und die andere nicht.

Die differenzielle Ansprechbarkeit der unterschiedlichen Gruppen auf die psychotherapeutische Behandlung wird allerdings sehr deutlich, wenn man die Testwerte zu allen drei Messzeitpunkten miteinander vergleicht.

Tabelle 4 vergleicht die Patientengruppe, die sich zum Follow-up-Zeitpunkt bedeutsam gegenüber dem Zustand vor Therapiebeginn verbessert hat und diese therapeutischen Effekte in der Katamnese-Untersuchung auch gegenüber der Post-Messung zum Ende der Behandlung nicht eingebüßt hat, mit der Gruppe von Patienten, die sich gegenüber der Eingangsmessung (prä) und/oder der Messung zum Therapieende (post) in den einzelnen Tests verschlechterte (die Gruppe der Nicht-Erfolgreichen) und der Gruppe der Nicht-Teilnehmer an den katamnestischen Nachuntersuchungen.

	N	Prä	Post		Katamnese	
BSI		MW	MW	p	MW	p
Pat. mit Verbesserung gegenüber prä oder unverändert gegenüber post (A)	119	0,75	0,38	0,059* (A/B)	0,24	0,0001**** (A/C)
Fehlende Patienten zur Katamnese (B)	97	0,86	0,50			
Pat. mit Verschlechterung gegenüber prä oder post (C)	25	0,88	0,34		0,62	

	N	Prä	Post		Katamnese	
OQ-45		MW	MW	p	MW	p
Pat. mit Verbesserung gegenüber prä oder unverändert gegenüber post (A)	119	58,43	38,49		33,81	
Fehlende Patienten zur Katamnese (B)	97	66,17	47,03	0,018** (A/B)		0,001**** (A/C)
Pat. mit Verschlechterung gegenüber prä oder post (C)	25	61,88	35,38		49,00	

	N	Prä	Post		Katamnese	
GAF		MW	MW	p	MW	p
Pat. mit Verbesserung gegenüber prä oder unverändert gegenüber post (A)	119	64,88	77,82		83,22	
Fehlende Patienten zur Katamnese (B)	97	63,24	75,18	0,342 (A/B)		0,005**** (A/C)
Pat. mit Verschlechterung gegenüber prä oder post (C)	25	64,92	80,56		74,29	

	N	Prä	Post		Katamnese	
BDI		MW	MW	p	MW	p
Pat. mit Verbesserung gegenüber prä oder unverändert gegenüber post (A)	119	13,41	6,12		3,42	
Fehlende Patienten zur Katamnese (B)	97	16,08	8,70	0,067* (A/B)		0,0001**** (A/C)
Pat. mit Verschlechterung gegenüber prä oder post (C)	25	13,52	3,68		9,24	

Tabelle 4: Psychische Belastungen und Wirkeffekte bei unterschiedlichen Patienten-Subgruppen

* p < 0,10 ** p < 0,05 *** p < 0,01 **** p < 0,001

Zunächst fällt auf, dass die später zur Nachuntersuchung fehlenden Patienten – mit Ausnahme der Experten-Ratings in der Skala *GAF* – bei ihrem Behandlungseintritt (prä) leicht schlechtere Werte in den restlichen drei Skalen aufweisen, was auf eine höhere psychische Eingangsbelastung verweist, auch wenn die Unterschiede nicht signifikant sind. Zum Ende der Therapie (post) jedoch weist diese Gruppe tendenziell oder signifikant schlechtere Ergebnisse auf gegenüber den Patienten mit guten Therapieergebnissen (tendenziell in *BSI*, *BDI*, signifikant in *OQ-45*) und

selbst gegenüber der Gruppe der Patienten, deren Therapiegewinn zu post beim Nachuntersuchungstermin nach einem Jahr (Follow-up) zusammengeschmolzen ist bzw. die sich sogar noch gegenüber dem Zustand bei Therapiebeginn verschlechterten (wieder mit Ausnahme der Werte der *GAF*-Skala; tendenziell im *BSI*, im *OQ-45* und signifikant im *BDI*).

Bei der Gruppe der Dropouts zum Katamnese-Zeitpunkt scheint es sich demnach um eine tendenziell schwerer belastete Patienten-Gruppe zu handeln, die zum Therapieende deutlich schlechtere Werte (tendenziell oder signifikant) aufweist als die Patienten, die zum Follow-up untersucht wurden, seien diese nun erfolgreich behandelte oder selbst „vorübergehend erfolgreich“ behandelte Patienten (zum post-Zeitpunkt), deren therapeutische Zugewinne mehr oder weniger wieder verloren gingen.

Als Fazit kann daher die These aufgestellt werden, dass es sich bei der Untergruppe von ca. 40% der Patienten der Studie, die nicht an den katamnesticen Nachuntersuchungen zum Follow-up nach einem Jahr teilnahm, um eine Gruppe stärker psychisch belasteter Patienten handelte, die vermutlich aufgrund des schlechteren Therapieergebnisses bereits zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung – und einer womöglich weiterhin erfolgten Verschlechterung ein Jahr nach Behandlungsende – nicht bereit oder in der Lage war, an den Untersuchungen teilzunehmen. Ein Teil dieser Patienten hat sich vermutlich noch in andauernder psychotherapeutischer Behandlung befunden, weshalb sie für die Einjahres-Katamnese ausfielen. Damit bestätigt sich ein Ergebnis katamnesticer Studien, dass insbesondere Patienten mit schlechteren Therapieergebnissen weniger oder nicht bereit sind, an Nachuntersuchungen teilzunehmen, was insgesamt die Ergebnisse von Therapiestudien zwangsläufig verzerrt.

Im Übrigen spielten die formalen psychiatrischen Diagnosen (ICD-10) keine Rolle bei der Einschätzung des Schweregrades der psychischen Belastung. Diese wurde ausschließlich auf der Basis der Outcome-Tests vorgenommen.

5. Chronifizierung und Langzeit-Ergebnisse

Die Dauer des Bestehens der psychischen Probleme der Patienten wurde im Hinblick auf ihren möglichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis kontrolliert. Für 223 der 241 Patienten liegen Informationen vor. Demnach spannt sich das Spektrum vom akuten Auftreten (0 Jahre seit Problem-Beginn) zu einem extremen anderen Ende mit einem erstmaligen Beschwerde-Beginn vor 48 Jahren.

Dazu muss gesagt werden, dass es ein paar wenige extreme Ausreißer gibt, d.h. das Erstauftreten der psychischen Problematik liegt für nur 14 Patienten zwischen 30 und 48 Jahren zurück (das entspricht nur 5,8% aller Patienten), wobei vom Erstkontakt mit dem/der Therapeuten/in zurückgerechnet wurde. 41,3% der Patienten kommen innerhalb des ersten Jahres seit Problembeginn und damit vergleichsweise früh in die Behandlung. 62,3% aller Patienten kommen innerhalb vier Jahren seit Problembeginn zur Behandlung. Es muss aber ausdrücklich betont und hervorgehoben werden, dass 148 der 220 Patienten (d.s. 67,3%) sich bereits einmal oder mehrmals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden haben (ambulant, stationär oder beides), und durchaus als chronifiziert bezeichnet werden können. Das Spektrum reicht hier ebenfalls von 0 bis 48 Jahren Dauer des Bestehens der Problematik, mit ca. 50% der Stichprobe innerhalb von 0 – zwei Jahren und ungefähr 20% zwischen 10 und 48 Jahren Dauer der bestehenden Probleme.

72 von 220 Patienten (32,7%) hatten in den letzten zwei Jahren vor Erstkontakt-Aufnahme keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Die psychischen Probleme dieser Gruppe traten erstmals akut in letzter Zeit oder am anderen Ende der Verteilung bereits vor 37 Jahren auf. Ca. 20% der Patienten weisen eine Zeitspanne zwischen 10 und 37 Jahren seit dem erstmaligen Auftreten der Problematik auf, während fast 50% dieser Gruppe unter den psychischen Problemen erst seit bis zu zwei Jahren unter den Beschwerden leidet.

Tabelle 5 veranschaulicht die psychischen Belastungen von Patienten in den vier Outcome-Tests, die in den letzten zwei Jahren keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten haben, im Vergleich zu der Gruppe von Patienten, denen in dieser Zeitspanne entweder eine psychiatrische, eine psychotherapeutische Behandlung oder beides zuteil wurde.

Psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung in den letzten zwei Jahren	N	MW	s	F	p
BSI – prä					
ja	166	0,75	0,51	5,178	0,024**
nein	77	0,91	0,50		
BSI – post					
ja	160	0,36	0,34	12,705	0,0001****
nein	76	0,57	0,57		
BSI – Katamnese					
ja	102	0,29	0,30	1,855	0,175
nein	43	0,37	0,40		
OQ-45 - prä					
ja	160	59,78	21,58	4,433	0,036**
nein	77	66,06	21,36		
OQ-45 - post					
ja	160	38,79	20,29	7,364	0,007***
nein	76	47,11	25,27		
OQ-45 - Katamnese					
ja	101	36,10	18,64	0,563	0,454
nein	43	38,70	19,91		
GAF – prä					
ja	160	65,50	13,87	3,644	0,057*
nein	77	61,86	13,51		
GAF – post					
ja	160	78,61	12,21	6,925	0,009***
nein	76	73,83	14,67		
GAF – Katamnese					
ja	100	82,97	11,29	3,918	0,050**
nein	77	78,53	14,37		
BDI – prä					
ja	160	13,84	0,75	3,018	0,084*
nein	77	16,13	1,09		
BDI – post					
ja	160	6,07	7,34	4,801	0,029**
nein	76	8,55	9,61		
BDI – Katamnese					
ja	99	4,10	5,47	2,552	0,112
nein	43	5,79	6,51		

Tabelle 5: Psychische Belastungen und Wirkeffekte bei Patienten mit (ja) und ohne (nein) psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in den letzten zwei Jahren vor Behandlungsbeginn

* p < 0,10 ** p < 0,05 *** p < 0,01 **** p < 0,001

Zunächst überrascht es, dass die Patienten mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung innerhalb der letzten zwei Jahre vor ihrem erneuten psychotherapeutischen Behandlungsbeginn durchweg eine geringere psychische Belastung aufweisen als die Patienten ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in den letzten zwei Jahren vor Behandlungsbeginn. Sie haben signifikant geringere symptomatische Belastung (*BSI*) und signifikant geringere Belastung im *OQ-45*, der eine Mischung aus ebenfalls psychischen Symptomen, interpersonalem Funktionieren und sozialen Kompetenzen erfasst. Außerdem weist diese Patienten-Gruppe tendenziell geringere depressive Symptome auf (*BDI*) und ein höheres psychiatrisches Funktionsniveau (*GAF*-Rating der unabhängigen Experten).

Wie kann man sich diese Ergebnisse erklären? Wenn man von der Überlegung ausgeht, dass die Patienten mit vorangegangener psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung in den zwei Jahren vor Aufnahme der jetzigen Behandlung chronischer belastet waren – und eben deshalb zuvor schon in Behandlung waren – als die Gruppe der zuvor nicht Behandelten, dann lässt sich dies angesichts der Ergebnisse nicht bestätigen. Die höheren Belastungen bei Therapieeintritt liegen eindeutig bei den in den zwei Jahren zuvor unbehandelten Patienten. Bedeutet dieses Ergebnis nun, dass die vorangegangenen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen im kurzen Zeitraum von zwei Jahren vor der Aufnahme der hier untersuchten psychotherapeutischen Behandlungen bereits günstige Vor-Effekte erzielt haben, auf die die Patienten in den *PAP-S*-Behandlungen aufbauen konnten? Dies würde allerdings nicht erklären, warum die Patienten ohne vorangegangene Behandlung im Zeitraum nach ihrer Therapie – ohne weitere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung – solche starken, und größeren, Fortschritte als die Gruppe mit vorangegangener Behandlung machten. Eventuell drückt sich der hohe Leidensdruck der zuvor nicht behandelten, akut erkrankten Patienten in den leicht höheren Belastungswerten der Tests aus, was sich dann in der Regel in einer höheren Behandlungsmotivation, die wiederum eine günstigere Prognose bewirkt, niederschlägt.

Unsere Ergebnisse lassen sich momentan nicht abschließend klären und bedürfen weiterer Untersuchungen. Was allerdings festgestellt werden kann, ist, dass sich im Durchschnitt größerer Stichproben bedeutsame Effekt-Konsolidierungen und sogar Verbesserungen von vorangegangenen psychotherapeutischen Behandlungen objektivieren lassen.

6. Behandlungs-Ergebnisse nach Diagnose-Gruppen

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die drei wichtigsten, weil am häufigsten vorkommenden ICD-10-Diagnosegruppen auf die Nachhaltigkeit der im Verlaufe der Behandlung erreichten Effekte hin betrachtet.

Tabelle 6 zeigt für die ICD-10-Klasse 3 (affektive Störungen) die Langzeiteffekte.

Eine große Gruppe der Charta-Patienten stellen die Patienten mit einer affektiven Störung dar [25]. Sie machen mehr als 50% der Gruppe der Patienten aus, für die Follow-up-Werte vorliegen.

Die Effektstärken liegen sämtlich in einem hohen Bereich, d.h. die dauerhaften Veränderungen (prä-Katamnese) – gemessen ein Jahr nach Beendigung der Therapie – können als sehr gut bezeichnet werden. Sie liegen höher als im prä-post-Vergleich und ergeben über alle vier Outcome-Instrumente nicht nur statistisch, sondern auch klinisch hochsignifikante Effekte.

Auf allen vier Outcome-Ebenen finden darüber hinaus klinisch bedeutsame Stabilisierungen bzw. weitere Verbesserungen im Zeitraum von einem Jahr nach Beendigung der Psychotherapie statt (post-Katamnese), auch wenn diese, statistisch gesehen, nicht bedeutsam werden.

Therapie-Effekte bei affektiven Störungsbildern	N	MW	s	ES prä-Kat	ES post-Kat
BSI - prä	67	0,86	0,52		
BSI – post	67	0,45	0,43	0,96	0,16
BSI - Katamnese	67	0,39	0,39		
OQ-45 – prä	67	62,62	19,40		
OQ-45 – post	67	42,35	20,20	1,07	0,15
OQ-45 - Katamnese	67	39,72	19,27		
GAF – prä	65	61,60	13,46		
GAF – post	65	77,17	12,25	1,07	0,23
GAF – Katamnese	65	79,95	12,90		
BDI – prä	65	15,25	9,66		
BDI – post	65	7,35	7,87	1,04	0,17
BDI - Katamnese	65	6,05	6,84		

Tabelle 6: Prä-Post-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (ES) für affektive Störungsbilder (N = 65 - 67)

Die nächstgrößere Gruppe der in der *PAP-S*-Studie behandelten Patienten stellt die Gruppe der Patienten mit Angst- und Anpassungsstörungen – ICD-10 Klasse 4 – dar. Tabelle 7 zeigt die Werte aller drei Messzeitpunkte in allen vier Outcome-Tests und die zugehörigen Effektstärken.

Die Effektstärken können in allen vier Ergebnis-Tests als außerordentlich hoch bezeichnet werden (prä-Katamnese-Vergleich) (Tabelle 7). Dies bedeutet, dass die psychotherapeutischen Behandlungen für Angst- und Anpassungs-Probleme nicht nur im Verlaufe der Behandlung sehr gute Effekte erzielen [25; S. 22], sondern auch über das Ende der Behandlung hinaus erhebliche Verbesserungen erreicht werden, wie sich dies in eindrucksvollen Effektstärken zwischen 0,12 und 0,57 dokumentiert, wenn man berücksichtigt, dass keine weiteren psychotherapeutischen Behandlungen stattgefunden haben – was wohl für den ganz überwiegenden Teil der Patienten zutreffen dürfte.

Therapie-Effekte bei Angst- und Anpassungsstörungen	N	MW	s	ES prä-Kat	ES post-Kat
BSI - prä	43	0,76	0,51		
BSI – post	43	0,36	0,30	1,15	0,50
BSI - Katamnese	43	0,25	0,24		
OQ-45 – prä	42	56,79	21,74		
OQ-45 – post	42	35,12	19,33	1,15	0,12
OQ-45 - Katamnese	42	33,84	17,48		
GAF – prä	43	66,35	12,84		
GAF – post	43	79,26	11,81	1,64	0,57
GAF – Katamnese	43	85,42	8,95		
BDI – prä	43	12,86	8,70		
BDI – post	43	5,19	5,05	1,09	0,36
BDI - Katamnese	43	3,41	4,21		

Tabelle 7: Prä-Post-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken für Angst- und Anpassungsstörungen (N = 42 - 43)

Die Behandlungswirkungen für Angst- und Anpassungsstörungen sind damit noch höher einzuschätzen als die für affektive Störungsbilder. Diese Aussage kann selbstverständlich nur für diejenigen Patienten der Studie getroffen werden, für die vollständige Testwerte zum Follow-up vorliegen. Über die 97 Patienten, für die keine Follow-up-Testungen vorliegen, kann somit keine Aussage getroffen werden.

Ein weiterer Vergleich der Langzeiteffekte zwischen verschiedenen Störungsbildern betrifft die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose (ICD-10-Klasse 6).

Tabelle 8 veranschaulicht die Ausprägungen der psychischen Belastungen, die in allen vier Outcome-Verfahren über die drei Messzeitpunkte abgebildet sind.

Für 21 bis 22 von 27 mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Patienten liegen katamnese-tische Daten vor.

Therapie-Effekte bei Persönlichkeitsstörungen	N	MW	s	ES prä-Kat	ES post-Kat
BSI - prä	22	0,59	0,48		
BSI – post	22	0,22	0,19	0,90	0,06
BSI - Katamnese	22	0,21	0,18		
OQ-45 – prä	22	51,75	20,49		
OQ-45 – post	22	31,60	19,78	0,97	0,05
OQ-45 - Katamnese	22	30,73	20,52		
GAF – prä	22	67,86	13,71		
GAF – post	22	78,86	14,24	0,99	0,31
GAF – Katamnese	22	82,00	13,51		
BDI – prä	21	10,43	7,97		
BDI – post	21	3,19	4,39	1,07	0,04
BDI - Katamnese	21	3,00	3,21		

Tabelle 8: Prä-Post-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken für Persönlichkeitsstörungen (N = 21 - 22)

Zuerst fällt auf, dass diese Patienten-Gruppe mit deutlich niedrigeren symptomatischen Belastungswerten in die psychotherapeutischen Behandlungen starten als die beiden anderen diagnostischen Gruppen (*BSI*, *OQ-45*, *BDI*). Dies mag an der gewöhnlich geringeren symptomatischen Belastung von persönlichkeitsgestörten Patienten liegen (außer der *GAF* erfassen die drei übrigen Tests symptomatische Belastungen in verschiedenen Bereichen).

Die Effektstärken für diese Patientengruppe liegen im Prä-Katamnese-Bereich im überdurchschnittlichen Bereich, wenn man die Effektstärken von Psychotherapie generell heranzieht [26; S. 170]. Dies kann für diese Patientengruppe als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass Patienten mit einer Pst-Diagnose vergleichsweise geringere

Behandlungseffekte erreichen als Patienten mit einer Depressions- oder Angst- und Anpassungsstörungen-Diagnose.

Tabelle 8 zeigt ebenfalls, dass als persönlichkeitsgestört diagnostizierte Patienten – ganz im Gegensatz zu Patienten mit affektiven oder Angst- und Anpassungsstörungen – im Zeitraum von einem Jahr nach Therapieende kaum weitere Verbesserungen erfahren (Ausnahme: die Einschätzung der externen Experten in der GAF), wie die Effektstärken für den Post-Katamnese-Zeitraum ausweisen. Hier finden ohne fortgeführte Behandlung offensichtlich keine maßgeblichen psychischen Prozesse mehr statt, die zu weiteren therapeutischen Verbesserungen führen würden. Was zum Ende der psychotherapeutischen Behandlung erreicht wurde, bleibt – für den Durchschnitt der Stichprobe – aber zumindest stabil und bröckelt nicht ab.

7. Zusammenfassung der katamnestischen Untersuchungen

Die Verbesserungsquoten der *PAP-S*-Studie befinden sich, relativ zu den in internationalen Studien diskutierten Quoten, durchaus im gehobenen Bereich. Lambert zitiert in seinem neuesten Überblick über Tausende von Forschungsstudien und Hunderte von Metaanalysen, dass ca. 65% aller Patienten unter psychotherapeutischer Behandlung positive Effekte erzielen [26], wobei er durchschnittliche Effektstärken zwischen 0,40 und 0,80 (mittlerer Wert um 0,60) angibt. Die Effektstärken der in der *PAP-S*-Studie untersuchten Behandlungsfälle gehen über die zitierten Effektstärken der Forschungsliteratur in den meisten Fällen hinaus, d.h., die erzielten Behandlungseffekte der in der *PAP-S*-Studie untersuchten Behandlungsfälle sind im Durchschnitt etwas besser als die in der Literatur berichteten. Dies gilt sowohl für die im Abschlussbericht von 2013 berichteten Prä-post-Wirkungen [25] wie auch für die hier vorgelegten Langzeiteffekte, wenn man den Zeitraum von einem Jahr nach Behandlungsende berücksichtigt.

Es zeigte sich, dass für diejenigen Behandlungsfälle, für die katamnestische Daten vorliegen, aufgrund einer Stichprobe von bis zu 146 Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und unterschiedlichem Chronifizierungsgrad, dokumentiert werden kann, dass die im Durchschnitt erzielten günstigen Behandlungseffekte während der katamnestischen Nachbetrachtungszeit von einem Jahr nach Behandlungsende nicht nur stabil bleiben, sondern sich auch noch weiter verbessern.

Psychotherapie ist nachweislich wirksam, wenn sie von professionell ausgebildeten, erfahrenen Psychotherapeuten mit „echten“ Patienten durchgeführt wird, und sogar auch dann, wenn sich die psychischen Probleme längst chronifiziert haben. Angesichts dieser hier berichteten hohen Effektstärken > 1.00 (bzw. > 0.90 bei Persönlichkeitsstörungen) im Vergleich zwischen Status vor Behandlungsbeginn und Status ein Jahr nach Behandlungsende (im Durchschnitt bei affektiven Störungsbildern bei 1,04, bei Angst- und Anpassungsstörungen bei 1,26, bei Persönlichkeitsstörungen bei 0,98) und stark chronifizierten Problemen, muss man von einer sehr hohen Effektivität der untersuchten psychotherapeutischen Behandlungen ausgehen, zumal diese Effektstärken dann auch noch auf der Basis eines einjährigen zeitlichen Abstandes von der Behandlung – in dem in aller Regel keine weiteren Behandlungen stattfanden – zustande kamen.

Um es an einem Vergleich deutlicher zu machen: Die Effektstärke von Psychotherapie - zugrunde gelegt wird in der Regel die „Meilenstein“-Metaanalyse von Smith et al. [27], bei der Psychotherapie eine durchschnittliche Effektstärke von 0,85 erreichte – wird als um das vierzehnfache höher berechnet als z.B. die Effektstärken anerkannter medikamentöser Maßnahmen zur Herzinfarktprävention [28]. Während bei einem Medikament eine Effektstärke von 0,04 festgestellt wurde [29], verminderte das andere – Aspirin – das Auftreten eines Herzinfarkts mit einer Effektstärke von 0,034 [30]. Grawe et al. schließen aus diesen Ergebnissen, dass ein solches Medika-

ment – auch wenn es eine Wirkstärke von lediglich 0,03 bis 0,04 habe – für drei bis vier Patienten von 100 durchaus einen Unterschied ausmache, weshalb die Effektstärken der genannten Medikamente als hinreichend befunden wurden. Erfolgreiche Psychotherapie kann unter Umständen ebenfalls Leben retten. Ein anderes Beispiel: Intensive Lernprogramme für lese- und rechtsschreibschwache Schüler über Wochen bis Monate mündeten bei den erzielten Lerneffekten in Effektstärken von ca. 0,40 bis 0,60. Effektstärke-Analysen müssen also in ihren relativen Bezügen interpretiert werden, um die wahre Potenz des untersuchten „Wirkfaktors“ abschätzen zu können.

So gesehen können und müssen die erreichten Effektstärken dieser Studie auf der Basis der katamnestischen Nachuntersuchung als außergewöhnlich gut bezeichnet werden. Dies gilt im Grunde für unterschiedlichste Störungsbereiche wie affektive, Angst- und Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen, auch wenn es geringfügige Unterschiede zwischen diesen drei Gruppierungen gibt. Am besten schneiden die Angst- und Anpassungsstörungen mit im Mittel sehr hohen Effektstärken ab. Für diese Patientengruppe lässt sich eine enorm große, über die Therapiezeit hinausgehende Verbesserung feststellen. Auch Patienten mit affektiven Störungsbildern profitieren ausgesprochen gut. Für diese Patientengruppe lässt sich ebenfalls festhalten, dass sich die während der Dauer der Behandlung erzielten Effekte nach Beendigung der Behandlung weiter verbessern.

Patienten mit einer Persönlichkeitsstörungs-Diagnose, sei es die Haupt- oder eine Nebendiagnose, ziehen gleichfalls enorm hohen Nutzen aus der psychotherapeutischen Behandlung. Bezeichnenderweise verbessern diese Patienten sich jedoch nicht weiter nach Behandlungsende. Die Forschung hat mehrfach nachgewiesen, dass speziell Persönlichkeitsstörungen ein sehr hohes Rückfall-Risiko in sich tragen. So war eine Studie mit Patienten mit affektiven Störungen und einer Achse II-Zusatzdiagnose im DSM-III (das entspricht einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose nach ICD-10) mit einem 7,4-fachen Risiko für einen Rückfall behaftet [31]. Angesichts solcher Studienergebnisse müssen die erzielten Effekte bei dieser Patientengruppe als hervorragend bezeichnet werden, konnten doch im katamnestischen Nachbetrachtungs-Zeitraum für die untersuchte Stichprobe keine Verschlechterungen der Testwerte festgestellt werden.

Grundsätzlich scheinen formale psychiatrische Diagnosen jedoch prognostisch zum größten Teil nicht relevant zu sein. Vielmehr scheinen das Ausmaß der psychischen Belastung vor Behandlungsbeginn und andere Patienten- und Therapeutenmerkmale von ausschlaggebender Bedeutung zu sein für Erfolg in psychotherapeutischen Behandlungen. Aus diesem Grunde beabsichtigt das *PAP-S*-Projekt, detaillierte Prozess-Ergebnisforschung zu betreiben. Erste Ergebnisse sind bereits international publiziert worden [32].

Es bleibt die ungeklärte Frage, warum es so viele Dropouts bei der Follow-up-Untersuchung gegeben hat.

Eine mögliche Erklärung könnte darin gefunden werden, dass sich einige der Patienten noch in ihrer psychotherapeutischen Behandlung befanden bzw. die zeitliche Frist seit der Post-Messung noch nicht ein Jahr erreicht hatte, weshalb diese Patienten aus den Testungen herausfielen.

Eine andere Erklärung wäre, dass es sich um eine Gruppe von Patienten handelt, die womöglich im Katamnese-Zeitraum keine weiteren Stabilisierungen bzw. Zugewinne erzielen konnte und sich daher den Nachuntersuchungen entzog. Immerhin konnten wir für 251 bis 264 Patienten im Durchschnitt gute Effekte für die Prä-post-Messungen feststellen [24; S. 22], mit Effektstärken zwischen 0,78 und 0,99, so dass man im Schnitt nicht von Therapie-Misserfolgen ausgehen kann. Diese Effektstärken (für prä-post, also t 1 und t 2 im Vergleich) liegen im Mittel allerdings niedriger als die in diesem Katamnese-Bericht dargelegten Effektstärken zwischen Eingangs- (t 1) und Katamnesetestungen (t 3). Daraus lassen sich zwei mögliche Schlüsse ziehen: Entweder verfestigen und verbessern sich im Schnitt posttherapeutisch die während der Behandlung erzielten Effekte auch ohne weitere psychotherapeutische Behandlung sogar, oder die Patienten, die sich zum Katamnese-Zeitpunkt bereitwillig einer erneuten Testung unterzogen, sind diejenigen, die grundsätzlich mehr von ihrer psychotherapeutischen Behandlung profitierten und sich deshalb eher kooperativ verhielten. Im letzteren Falle würde dies gleichzeitig bedeuten, dass die nicht-kooperativen Patienten, die die Teilnahme an der Nachuntersuchung verweigerten, während ihrer Behandlung schlechtere Effekte erzielten bzw. im posttherapeutischen Abschnitt sich eventuell sogar leicht verschlechterten.

Interpretierbare Vergleiche zwischen den Instituten bzw. eingesetzten psychotherapeutischen Verfahren können aufgrund der jeweils zu kleinen Stichproben keine vorgenommen werden. Über alle Institute und Konzepte hinweg lassen sich eine grobe Erfolgs-Quote von ca. 50% und eine Misserfolgs-Quote von ca. 10% im Katamnese-Zeitraum objektivieren. Diese Quoten sind durchaus in einem international diskutierten Rahmen der Möglichkeiten von Psychotherapie zu sehen: Für ca. 5% - 10% aller Patienten unter psychotherapeutischer Behandlung werden Verschlechterungen berichtet bzw. keine messbaren Fortschritte erzielt, während für um die 60% Verbesserungen durch Psychotherapie gefunden wurden, wie auch bereits weiter oben zitiert.

Unsere Ergebnisse sind sehr konservativ dargestellt und lassen außer Betracht, dass sich unter den 97 Patienten, die aufgrund vorläufig noch fehlender Daten nicht in die Katamnese-Untersuchung Eingang fanden, vermutlich noch eine ganze Reihe auch erfolgreich behandelte Patienten befinden dürfte.

C Therapeutische Interventionen und Konzepttreue (treatment adherence)

1. Einleitende Erläuterungen

a. Rational der Untersuchung

Alle Hintergrundinformationen und Studiendetails dieses Abschlussberichts zu den Therapeuten-Interventionen beziehen sich auf den Haupt-Abschlussbericht [25] zur *Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)*, der im Februar 2013 erstellt und an alle beteiligten Institute verteilt wurde.

Dieser (Teil-)Abschlussbericht zum *PAP-S*-Projekt bezieht sich ausschließlich auf die Ratings von tonaufgezeichneten Sitzungen von psychotherapeutischen Behandlungen, die von Therapeuten der an der *PAP-S*-Studie beteiligten Institute in die Studie eingebracht wurden. Alle an der Studie teilnehmenden Psychotherapeuten waren zu Beginn der Studie gebeten worden, die Behandlungsfälle, die sie in die Studie – mit Erlaubnis der jeweiligen Patienten – einzubringen bereit waren, regelmäßig, d.h. möglichst jede Sitzung, tonaufzuzeichnen. Hierzu wurden sie eingehend technisch beraten (digitale Aufzeichnung, geeignete Geräte, Abstand zu den Sprechern usw.). Von jeder psychotherapeutischen Behandlung, die tonaufgezeichnet werden sollte, sollten möglichst alle Sitzungen aufgezeichnet werden.

Das Rational der Ratings von tonaufgezeichneten Therapiesitzungen muss im Hinblick auf elementare Grundfragen der Psychotherapie und der Psychotherapieforschung gesehen werden. Psychotherapie ist eine invasive Maßnahme, die in die Persönlichkeit desjenigen, der sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzieht, eindringt mit dem Ziele der Veränderung von wesentlichen Teilen der Persönlichkeit, des Erlebens oder Verhaltens der betroffenen Person. Seriöse, professionelle Psychotherapie ist eine anerkannte Disziplin innerhalb des medizinischen Versorgungssystems und basiert als solche auf lehrbaren und erlernbaren Inhalten und Theorien, von denen psychotherapeutische Interventionstechniken abgeleitet werden, die ihrerseits in ihrer Wirkung überprüft werden müssen (Stichwort *evidenced-based medicine*), um in den Leistungskatalog von Krankenkassen aufgenommen werden zu können. Wissenschaftlich fundierte – eben evidenzbasierte – Psychotherapie ist ein Teil des medizinischen Versorgungssystems unserer westlichen Gesellschaften und muss sich der permanenten objektiven Überprüfung ihrer allgemeinen günstigen Wirksamkeit oder Wirksamkeit in bestimmten Bereichen stellen, um sich von unseriösen, schamanenhaften oder esoterischen Angeboten abzugrenzen.

Das alles bedeutet, dass das von Psychotherapeuten angewendete Behandlungskonzept ein Grundparadigma des Verständnisses der menschlichen Psyche, ihrer Entstehungs- und Ausprägungsbedingungen, ihrer normalgesunden wie aberrativen Entwicklungen, darstellt, aus dem heraus Techniken der Intervention entwickelt wurden, um Fehlentwicklungen der Persönlichkeit und

des Verhaltens korrigierend beeinflussen zu können. So wie sämtliche anderen Disziplinen der Medizin für ihre therapeutischen Interventionsmöglichkeiten basale Paradigmen ihrer jeweiligen Teildisziplin benötigen – z.B. die innere Medizin die Gesetze der Zellgenese, -stoffwechsel, -mutation und Apoptose, um daraus abgeleitete therapeutische Maßnahmen nutzen zu können (z.B. medikamentöse Therapie, Chirurgie, Chemotherapie oder Bestrahlung in der inneren Medizin oder physiotherapeutische, medikamentöse, chiropraktische oder operative Techniken z.B. für Gelenk-Servonen in der Orthopädie), so werden in der Psychotherapie über die Sprache, das Wort und die menschliche Beziehung zentrale Kognitionen und Emotionen verarbeitende Hirnbereiche involviert, über die die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren Einfluss nehmen wollen über klinisch wünschenswerte korrigierende psychologische Erfahrungen, die letztlich neuronale Strukturen nachhaltig verändern sollen.

Insofern beinhaltet jegliche Form von Psychotherapie im Kern eine originäre Theorie und daraus abgeleitete therapeutisch-technische Interventionen, die ihrerseits objektiv auf ihre Wirkung hin untersucht werden können. Aus ihren Theorien, dem zugrunde liegenden Menschenbild und den daraus abgeleiteten therapeutischen Interventionstechniken beziehen die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren ihre Daseinsberechtigung. Insofern müssen sie auch die Wirksamkeit ihres je spezifischen Konzepts, das durch die eingesetzten Interventionstechniken repräsentiert wird, nachweisen.

Dies ist die Grundlage der vergleichenden Psychotherapieforschung der letzten Dekaden. Hinzu trat mit Beginn der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts das Paradigma einer sogenannten *evidence-based medicine (EBM)* in den USA, dem wiederum die zunehmende Ökonomisierung der Medizin zugrunde lag [33]. Dieses mittlerweile auch hierzulande vorherrschende Forschungsparadigma beeinflusst auch die Psychotherapie in ungünstiger Weise, indem das der *EBM* immanente Paradigma der *randomisiert-kontrollierten Studie (RCT)* für eine Flut an Studien gesorgt hat, in der ein Verfahren gegen ein anderes oder gegen eine unbehandelte Kontrollgruppe getestet wurde, in dem vermeintlichen Glauben, das „Verum“ der Therapie der Behandlungsgruppe sei dem „Verum“ der Therapie der Kontrollgruppe überlegen. Dadurch erfolgte eine Reduktion der Psychotherapie auf ihr zugrunde liegendes Behandlungskonzept, unter Ausblendung sämtlicher beteiligter Variablen wie z.B. die therapeutische Arbeitsbeziehung, die Persönlichkeit des Patienten, seines Störungsbildes, der möglichen Chronifizierung der Störung, seines womöglich pathologischen Umfeldes, der Persönlichkeit des Therapeuten usw.

Der allgemeine Konsens bezüglich der aktuellen Forschungslage in der Psychotherapie indes geht dahin, dem therapeutischen Behandlungskonzept – und damit den konzeptspezifischen Interventionstechniken – eine weit geringere Bedeutung beizumessen, als dies die therapeutischen Schu-

len gemeinhin annehmen [34 - 37]. Eine neuere Publikation zu vorläufigen Ergebnissen der *PAP-S*-Studie – anhand der Patienten und Therapeuten dieser Studie – bestätigt die Ergebnisse anderer Studien, dass dem Behandlungskonzept selbst keine direkte Bedeutung für den Therapieeffekt zukommt [32]. Eher scheint das Behandlungskonzept eine indirekte und dann subtilere Rolle zu spielen. Zu diesem Ergebnis wird noch abschließend ausführlich Stellung genommen.

Eine Psychotherapie ohne Konzept kann es nicht geben und wäre auch niemals sinnvoll. Dann würde es sich um eine rein nichtspezifische (weil nicht konzeptgeleitete) In-Beziehung-Setzung zu und Intervention von Psychotherapeuten bei ihren Patienten handeln und man müsste sich die Frage stellen, durch welche Ziele würde ein solcher „Therapeut“ angeleitet werden?

Die *PAP-S*-Studie bezieht aus den genannten Gründen vollständige oder teilweise aufgezeichnete Sitzungen von psychotherapeutischen Behandlungen in die wissenschaftliche Analyse ein. Der Stellenwert der therapeutischen Konzepte und der daraus abgeleiteten Interventionstechniken der Therapeuten soll im Rahmen der *PAP-S*-Studie untersucht werden. Aber auch aus einem weiteren Grund bot sich die genaue Analyse der Inhalte der Therapiesitzungen an: Nicht nur fußt die Satzung der *Schweizer Charta für Psychotherapie*, als Dachverband für viele unterschiedliche Methoden und Verfahren, auf dem gemeinsamen wissenschaftlichen Grundverständnis, dass die Psychotherapiekonzepte den Wirksamkeitsnachweis zu erbringen haben, auch einzelne Institute waren und sind daran interessiert, ihre Wirksamkeit nachzuweisen und zu überprüfen, ob ihre Methoden vergleichbare Wirkungen erzielen wie die anderer konzeptueller Orientierungen.

b. Teilnehmende Institute und Behandlungsansätze

Wie auch aus dem Gesamt-Abschlussbericht ersehen werden kann, nahmen zehn Institute der *Schweizer Charta für Psychotherapie* an der *PAP-S*-Studie teil. D.h., Therapeuten – in unterschiedlicher Anzahl (s.u.) – dieser Institute erklärten sich bereit, neue Patienten zu fragen, ob sie auf freiwilliger Basis bereit wären, ihre psychotherapeutische Behandlung in die *PAP-S*-Studie aufnehmen zu lassen, was bedeuten würde, sich psychologischen Testungen zu unterziehen, und zwar unmittelbar zu Beginn, zum Ende und ein Jahr nach Beendigung der therapeutischen Behandlung (Katamnese), sowie an regelmäßigen Erhebungen von Prozessvariablen während des Behandlungsprozesses teilzunehmen (therapeutische Beziehung und ein Outcome-Fragebogen). Darüber hinaus waren die kooperierenden Therapeuten gefragt worden, ob sie – neben den regelmäßigen Testungen ihrer Patienten und den Prozesserhebungen, an denen auch sie selbst teilnahmen (therapeutische Beziehung und subjektive Einschätzung des Ausmaßes ihrer konzepttreuen, spezifischen therapeutischen Interventionen), auch bereit sein würden, die Sitzungen regelmäßig und kontinuierlich tonaufzuzeichnen.

Die zehn teilnehmenden Institute bzw. Methoden waren die folgenden:

- ASAT / SGTA (Association Suisse d' Analyse Transactionnelle / Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse)
- EGIS (KAP: Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie)
- GES (Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz)
- IBP (Institut für integrative Körperpsychotherapie)
- IPA (Institut für Prozessanalyse)
- ILE (Institut für Logotherapie und Existenzanalyse)
- Psa (Psychoanalyse)
- SGAP (Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie)
- SGBAT / DÖK (Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie / Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse)
- SVG (Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie)

Wesentliche psychotherapeutische Behandlungsansätze wie die Klientenzentrierte Psychotherapie, die systemische Therapie sowie die Verhaltenstherapie waren, trotz intensiver Bemühungen, leider nicht bereit, an der Studie teilzunehmen.

2. Gesamtstichprobe

a. Therapeuten und Patienten

Insgesamt nahmen von den zehn teilnehmenden Instituten bzw. Konzepten 81 Therapeuten aktiv an der *PAP-S*-Studie teil und brachten 379 Patienten in die Studie ein. Die Anzahl der in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle variierte zwischen einem und 12 Patienten je Therapeut. 25 der 81 Therapeuten (30,9%) zeichneten keine Sitzungen ihrer Behandlungsfälle auf, d.h. anders ausgedrückt, 56 (69,1%) aller kooperierenden Therapeuten brachten tonaufgezeichnete Behandlungen von ihren Patienten in die Studie ein, eine bemerkenswert hohe Zahl. Von den 379 in die Studie eingebrachten Behandlungen konnten mit ≥ 3 Sitzungen (60,9%) 231 Fälle tonaufgezeichnet werden. Damit kann zusammengefasst werden, dass der größte Teil aller in der Studie kooperierenden Therapeuten mindestens drei Sitzungen oder mehr ihrer in die Studie eingebrachten Behandlungen tonaufzeichneten.

Anzahl Sitzungen je Fall	N	Prozent
Keine Aufzeichnung	111	29.3
1 Aufzeichnung	2	0.5
2 Aufzeichnungen	5	1.3
3 Aufzeichnungen	113	29.8
4 Aufzeichnungen	15	4.0
5 Aufzeichnungen	6	1.6
6 Aufzeichnungen	13	3.4
7 Aufzeichnungen	6	1.6
8 Aufzeichnungen	4	1.1
9 Aufzeichnungen	4	1.1
10 Aufzeichnungen	4	1.1
> 10 Aufzeichnungen	66	17.4
Fehlende Informationen	30	7.9
Gesamt	379	100.1

Tabelle 1: Anzahl tonaufgezeichneter Sitzungen je Behandlungsfall
(81 Therapeuten, 349 Behandlungsfälle, 243 tonaufgezeichnete Behandlungen,
davon 231 Behandlungen ≥ 3 Sitzungen)

Tabelle 1 veranschaulicht über alle beteiligten Institute und Methoden hinweg die Gesamtzahlen der in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle, die der angeforderten und ausgewerteten Behandlungen sowie die Anzahl der pro Behandlungsfall ausgewerteten Sitzungen.

Die Institute und die kooperierenden Therapeuten waren gebeten worden, möglichst jeden der in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle digital tonaufzuzeichnen. Und von jeder tonaufgezeichneten Behandlung war von Seiten der Studienleitung die Bitte an die Therapeuten hergetragen worden, möglichst jede Sitzung aufzuzeichnen, da später aus der Fülle der Sitzungen je Behandlungsfall blind drei Sitzungen (möglichst eine aus dem ersten, dem zweiten und dem letzten Behandlungsdrittel) von Forschern für die Ratings ausgewählt werden sollten. Auf diese Weise wären die Therapeuten blind dafür gewesen, welche ihrer Sitzungen einer objektiven Analyse zugeführt werden würde, so dass kein systematischer Fehler entstanden wäre, etwa dadurch, dass die Therapeuten bestimmte Sitzungen nur aufgezeichnet hätten und sich somit unbewusst nicht so frei hätten fühlen können, in dem Wissen, dass exakt diese Sitzung bewertet werden würde, was einen punktuellen Einfluss auf das Therapeutenverhalten nicht hätte ausschließen können.

Leider hielt sich ein Teil der Therapeuten nur an die Minimalforderung von drei aufgezeichneten Sitzungen, so dass von gut 66% aller aufgezeichneten Behandlungen lediglich drei oder weniger Sitzungen tonaufgezeichnet wurden. 31,8% aller teilnehmenden Therapeuten lehnten Tonaufzeichnungen grundsätzlich ab. Somit ist nicht auszuschließen, dass es einen systematischen Einfluss auf das Therapeutenverhalten in denjenigen Sitzungen gegeben hat, von denen der Therapeut wusste, dass er diese jeweilige Sitzung für spätere Auswertungen aufzeichnete.

3. Ergebnisse zum Ausmaß der Konzepttreue der therapeutischen Interventionen

Bezüglich der Rating-Kategorien und des Procedere des Rating-Verfahrens sei auf den Hauptabschlussbericht [25] und das mittlerweile publizierte Rating-Manual [8]. verwiesen.

Für neun Institute bzw. konzeptuellen Behandlungsansätze konnten Durchschnittswerte berechnet werden. Das *Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE)* brachte leider nur eine tonaufgezeichnete Behandlung in die Studie ein, obwohl zwei Therapeuten insgesamt 12 Behandlungsfälle zur Studie beisteuerten. Zur besseren Übersichtlichkeit und aus statistischen Gründen wurde diese eine Therapie von *ILE* mit denen von *GES* zusammengefasst.

Die Institute *ASAT* aus der französischsprachigen und *SGTA* der deutschsprachigen Schweiz der *Transaktionsanalyse* wurden für die Auswertung zusammengefasst. Ebenfalls zusammengefasst wurden die Behandlungsfälle der Institute *SGAP* und die der *psychoanalytischen* Behandler (ohne Institutsbezug), da sie – vorwiegend aufgrund der geringen Behandlungsfälle jedes Ansatzes) unter der Bezeichnung „psychodynamische Therapie“ nur so eine statistische Auswertung ermöglichen.

Die ersten Forschungsergebnisse wurden in der international renommierten Fachzeitschrift *Psychotherapy Research* publiziert [32]. Dieser Arbeit lagen 81 Behandlungsfälle von acht verschiedenen konzeptuellen Ansätzen zugrunde. Zwischen 4,3% (*IPA*-Therapien) und 27,6% (*IBP*-Therapien) gibt es eine kontinuierliche Abstufung an durchschnittlichen Werten konzeptspezifischer Interventionen für die einzelnen Methoden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Rating-Auswertungen anhand von insgesamt $N = 137$ Behandlungsfällen dargestellt. Diese 137 Patienten wurden von insgesamt 51 Psychotherapeuten behandelt.

Tabelle 2 informiert je Konzept bzw. Institut über die Anzahl von Therapeuten und ihrer für eine Auswertung eingebrachten Behandlungsfälle.

Konzept / Ansatz	N Therapeuten	N Behandlungsfälle
Bioenergetische Analyse (SGBAT / DÖK)	6	14
Kunst- u. Ausdrucksorientierte Psychotherapie (EGIS)	4	12
Gestalttherapie (SVG)	9	18
Integrative Körperpsychotherapie (IBP)	7	29
Institut für Prozessanalyse (IPA)	7	24
Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz (GES) und Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE)	5	11
Psychoanalyse / Analytische Psychologie (SGAP)	5	9
Transaktionsanalyse (ASAT / SGTA)	8	20
Gesamt	51	137

Tabelle 2: Anzahl gerateter Behandlungsfälle und behandelnder Therapeuten

Das Ausmaß spezifischer, konzeptkonformer Interventionen variiert beträchtlich von Behandlungskonzept zu Behandlungskonzept. Wie bei den Ergebnissen der ersten Auswertung [32] überwiegen die unspezifischen, allgemeinen Interventionstechniken deutlich.

Abbildung 1 zeigt die prozentualen Anteile spezifischer, allgemeiner und fremdschulischer Interventionstechniken für die einzelnen konzeptuellen Ansätze.

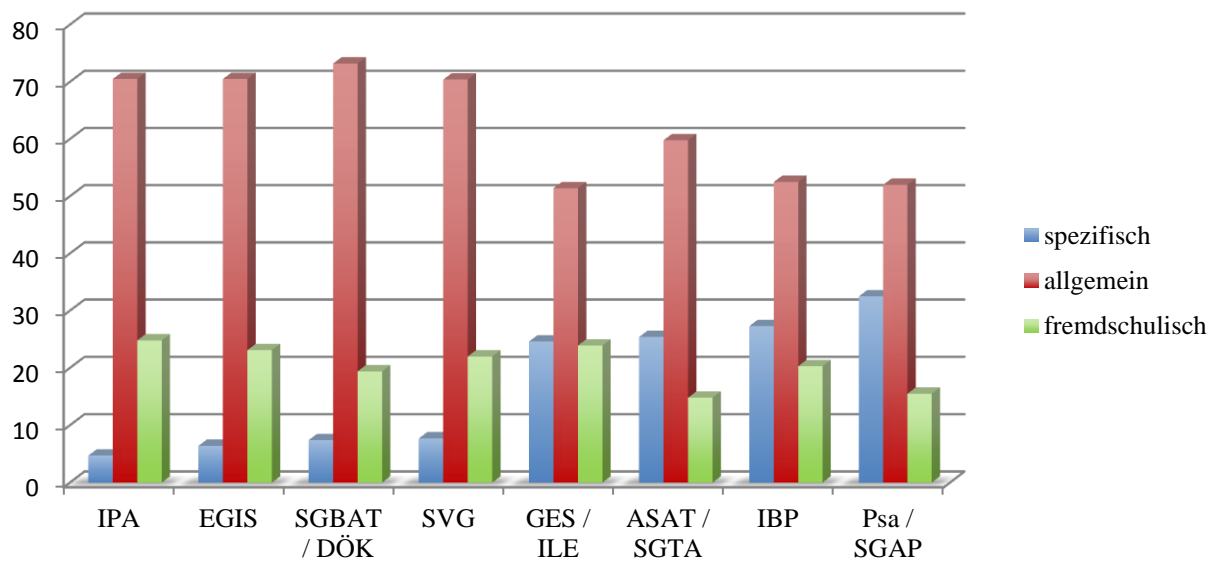


Abbildung 1: Prozentuale Anteile spezifischer, allgemeiner und fremdschulischer therapeutischer Interventionen in den untersuchten Konzepten (SGBAT mit DÖK; GES mit ILE; SGTA mit ASAT, SGAP mit Psa)

Aufsteigend weisen die Interventionen von *IPA*-Therapeuten mit durchschnittlich 4,7% die geringste Spezifität, also konzeptabgeleiteten Charakter auf. Ebenfalls gering und unter 10% bleiben die Quoten an spezifischer Interventionsarbeit bei den Therapeuten der Konzepte / Institute *EGIS*, *SGBAT / DÖK* und *SVG*-Therapien. Deutlich spezifischer arbeiteten die Therapeuten der Konzepte / Institute *GES / ILE* (mit 24,6%), *ASAT / SGTA* (mit 25,4%), *IBP* (mit 27,3%) und *psychoanalytische Therapien* bzw. *SGAP* (mit 37,9%). Spezifische und allgemeine Interventionen sind signifikant negativ korreliert. D.h., je spezifischer ein Therapeut interveniert, desto geringer fällt der Anteil an allgemeinen, nicht-spezifischen Interventionen aus. Entsprechend weisen die tendenziell spezifischer arbeitenden Konzepte relativ geringere allgemeine Interventionen auf. Insbesondere Therapeuten der Konzepte *GES / ILE*, *IBP* und *Psa / SGAP* arbeiteten mit ca. um die 50% allgemeinen, nicht-spezifischen Interventionstechniken, während die Behandler der Konzepte *IPA*, *EGIS*, *SGBAT / DÖK* und *SVG*-Therapien um die 70% allgemeine Interventionstechniken verwendeten.

Gleichwohl lässt sich insgesamt festhalten, dass generell die allgemeinen Interventionstechniken deutlich überwiegen. Damit ist das Ergebnis anhand von 81 Behandlungsfällen der ersten Publikation (s.o.) nunmehr auch bei 137 Behandlungen weitestgehend bestätigt.

Auch die fremdschulischen, also von anderen Therapiekonzepten stammenden, Interventionstechniken machen einen beträchtlichen Anteil an allen psychotherapeutischen Interventionen aus. Sie reichen von 10,4% (*Psa / SGAP*) bis zu 24,8% (*IPA*).

Psychotherapeutische Behandlungen – dies kann naturgemäß zunächst nur für die hier untersuchten Konzepte und die relativ geringe Zahl an Therapeuten je Institut gelten – sind demnach keine reinen Konzept-Umsetzungen, wie dies gemeinhin unterstellt und in vielen Studien auch gar nicht überprüft wird [35]. Wenn Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Ausrichtungen relativ vergleichbar hohe prozentuale Anteile an sogenannten allgemeinen, nicht-spezifischen Interventionen aufweisen, dann verwundert auch nicht mehr so sehr, dass in der internationalen Psychotherapieforschung das sogenannte *Äquivalenz-Paradox* (auch *Dodo Bird Verdict* genannt) eines, grob gesehen, sehr vergleichbaren Behandlungsausgangs in unterschiedlichen Behandlungsansätzen festgestellt werden muss [34, 38- 40].

Neuere Forschungen deuten eher darauf hin, dass es zur Erklärung der Ergebnisvarianz nicht das Behandlungskonzept an sich ist, das ein Therapeut/eine Therapeutin anwendet, da dem eingesetzten Konzept mit seinen zugehörigen Interventionstechniken lediglich ein Beitrag zwischen 1% und maximal 15% der Ergebnis-Varianz zugeschrieben wird [34, 40]. Wesentlich mehr Outcome-Varianz wird nach heutigem Wissensstand der Persönlichkeit des Patienten, seinem sozialen Hintergrund und den aktuellen Lebensereignissen während der psychotherapeutischen Behandlung

(ca. 40%), der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (ca. 30%) und Placebo-Effekten (also unspezifischen Effekten wie z.B. Hoffnung, Vertrauen) (ca. 15%) zugeschrieben.

Außerdem wird in der Kompetenz des/der Therapeuten/in zusehends ein Schlüssel für gute bzw. unzureichende Therapieergebnisse gesehen [36, 41 - 42].

Auch wenn mit unseren Ergebnissen festgestellt wurde, dass der konzeptspezifische Anteil an technischen Interventionen der Psychotherapeuten der verschiedenen Institute der PAP-S-Studie vergleichsweise gering war, so folgt daraus nicht zwingend, dass eine schulspezifische Ausbildung überflüssig oder sinnlos wäre [43].

Erstens ließ sich anhand unserer Ergebnisse feststellen, dass Therapeuten im Ausmaß ihrer spezifischen Interventionen sehr variieren („within therapist variation“). Es kommt vor, dass dieselben Therapeuten in derselben Behandlung mit demselben Patienten von Sitzung zu Sitzung im Ausmaß ihrer spezifischen und unspezifischen Interventionen extrem variieren können. In einer Sitzung kann ein Ausmaß an Spezifität von 100% erreicht werden, in einer anderen Sitzung kommen überhaupt keine konzeptspezifischen Interventionen, sondern hauptsächlich allgemeine, nicht-spezifische oder fremdschulische Interventionstechniken vor.

Zweitens bedeuten die rein quantitativ berechneten Interventionshäufigkeiten nicht automatisch, dass Behandlungsspezifität keine Rolle gespielt hätte. Ein günstiges Timing bestimmter Interventionen kann u.U. wichtiger sein als eine quantitative Häufung. Dieser Aspekt könnte im Zusammenhang mit dem Konzept der Therapeuten-Kompetenz stehen und soll in zukünftigen Auswertungen von Daten der PAP-S-Studie weiter verfolgt werden.

Zitierte Literatur

- 1 Beeler Iris und Thomas D. Szucs (2001): Abschlussbericht Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, Bundesamt für Sozialversicherung, 3. Mai 2001
- 2 Auer B, Buchmann R, Fischer M, Frauenfelder A, Geiser Juchli C, Holtz N, Hunter HR, Schlegel M (2002) Die Wissenschaftskolloquien der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie Forum 10: 75-80
- 3 Schlegel M (Hrsg 2002) Menschenbilder, Gesundheits-, Krankheits- und Therapieverständnisse und deren Hintergründe der in der Schweizer Charta für Psychotherapie vereinigten Psychotherapieverfahren: Angaben zu institutionellen Daten und internationalen Vernetzungen. Psychotherapie Forum 10 (2)
- 4 Buchmann R, Schlegel M (2002) Die Entstehung der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“. Psychotherapie Forum 10: 223-227
- 5 Schweizer Charta für Psychotherapie (2002) Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. Psychotherapie Forum 10: 228 – 230
- 6 Schlegel M (2006) Ausführungsbestimmungen zur Wirksamkeitsforschung der durch die Schweizer Charta für Psychotherapie akkreditierten Verfahren. Psychotherapie Forum 14: 199 – 205
- 7 Schulthess P., 2006: Praxisstudie, Univeritätslehrgang, Charta-Text. In: Psychotherapie Forum, Supplement vol. 14, No 1/2006
- 8 Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A, Weber R. Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). In: Psychotherapie Forum, Band 17, Heft 4, Wien, Springer
- 9 Tschuschke V, Koemeda-Lutz M, Schlegel M. PAP-S-Rating-Manual (PAPS-RM). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2014
- 10 Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980
- 11 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975
- 12 Franke GH. Brief Symptom Inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz-Test, 2000
- 13 Lambert MJ, Hannover W, Nisslmüller K, Richard M, Kordy H. Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002; 31:40-46
- 14 Hautzinger M, Keller F, Kühner C. Das Beck-Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI-II. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 2006
- 15 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV). 4th ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
- 16 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber/Hogrefe, 2006
- 17 Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T.(1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- 18 Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 1995; 40:23-32
- 19 Wiltink J, Edinger J, Haselbacher A, Imruck BH, Beutel ME. Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. Klinik, Diagnostik und Evaluation 2010; 3:76-93

- 20 Schweizer, M, Buchmann, R., Schlegel, M., Schulthess, P., 2002: Struktur und Leistung des Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum vol. 10, no. 3 2002, Springer Wien New York.
- 21 Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorder in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15:357-376
- 22 Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T.(1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- 23 Grant, Bridget F.; Hasin, Deborah S.; Stinson, Frederick S.; Dawson, Deborah A.; Chou, S. Patricia; Ruan, W. June; Pickering, Roger P.: Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 65(7), Jul 2004, 948-958.
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0711>
- 24 von Wyl A, Cramer A, Koemeda M, Tschuschke V, Schulthess P: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1-2013, S. 6-22
- 25 Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A. Abschlussbericht Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie 2013
- 26 Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edition. New York, NY: John Wiley & Sons, 2013, S. 169-218
- 27 Smith ML, Glass GV, Miller TC. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
- 28 Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 1994
- 29 Kolata GB. Drug found to help heart attack survivors. *Science* 1981; 214: 774-775
- 30 Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Preliminary report: Findings from the aspirin component of the ongoing physician' health study. *New England Journal of Medicine* 1988; 318: 262-264
- 31 Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: Effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 381-391
- 32 Tschuschke V, Cramer A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda-Lutz M. The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>
- 33 Tschuschke V, Freyberger HJ. Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine polemische Analyse der Fakten. *Zeitschrift für Psychosomatik und Psychotherapie* 2014 (zum Druck angenommen)
- 34 Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001
- 35 Perepletchikova F. Commentary. Treatment integrity and differential treatment effects. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009; 16: 379-382
- 36 Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects. Findings and methods. In: Lambert MJ (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edition. New York, NY: John Wiley & Sons, S. 258-297

- 37 Perepletchikova F, Chereji E, Hilt LM, Kazdin AE. Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; 77: 210-218
- 38 Köhler M, Tschuschke V. Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? Zur technischen Interventionsspezifität (treatment adherence) in der Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 2013; 12: 138-147
- 39 Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed.. New York, NY: John Wiley & Sons, 2004: 139-193
- 40 Schüßler G. Everybody has won the prize? Oder die Blinden und der Elefant: Was wirkt in der Psychotherapie? *Psychiatrie & Psychotherapie* 2009; 4: 152-160
- 41 Berglar J, Cramer A, von Wyl A, Koemeda-Lutz M, Köhler M, Staczan P, Schulthess P, Tschuschke V. Effectiveness of psychotherapists in 10 types of psychotherapy: A naturalistic process-outcome study. (Unveröff. Manuskript)
- 42 Saxon D, Barkham M. Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012; 80: 535-546
- 43 Tschuschke V, von Wyl A, Koemeda-Lutz M, Cramer A, Schlegel M, Schulthess P. Die Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. (Unveröff. Manuskript)