

Abschlussbericht

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie

für das

Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP)

Teil 1

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Februar 2013

Die vorliegende Publikation ist ein interner Bericht an die teilnehmenden Institutionen. Der Gesamtbericht oder Teile des Berichts dürfen **ausschließlich für interne Zwecke** verwendet werden (z.B. Fort- und Weiterbildungen, Infoveranstaltungen etc.).

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

I. Einleitung	5
1. Beschreibung der Gesamtstichprobe	5
A. Therapeuten	5
a. Soziodemografische Merkmale	5
b. Behandlungen	7
c. Prozessmessungen	9
B. Patienten	9
a. Soziodemografische Merkmale	9
2. Ergebnisse der Gesamtstichprobe	11
a. Outcometests und Effektstärken	11
b. Diagnose-Klassen	11
c. Psychische Belastungen bei Behandlungsbeginn	14
d. Erfolgsvoraussage	15
e. Geschlechtsaspekte	15
f. Professionelle Ausbildung und therapeutische Erfahrung	15
g. Therapeutisches Arbeitsbündnis	15
h. Integration	16
3. Integration und Fazit	18
4. Literatur	19

I. Einleitung

Die *Integrative Körperpsychotherapie (ibp)* versteht sich als ein humanistischer psychotherapeutischer Behandlungsansatz [1], der zahlreiche Elemente aus anderen humanistischen Hauptrichtungen integriert. Insofern kann er auch als ein integrativer Behandlungsansatz auf humanistischer Basis angesehen werden. Er hat sich im Verbund der *Schweizer Charta für Psychotherapie* mit neun anderen psychotherapeutischen Instituten einer empirischen Psychotherapiestudie – der *Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (PAP-S)* – mit naturalistischem Design angeschlossen. In dieser Studie, die im März 2007 begann und im Dezember 2012 endete, sollten relevante Prozess-Merkmale ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen in Verbindung zum Therapieergebnis untersucht werden [2].

Dieser Abschlussbericht stellt die vom Institut *Integrative Körperpsychotherapie* in die Studie eingebrachten psychotherapeutischen Behandlungen und ihre charakteristischen Merkmale im Detail dar, kommentiert und bewertet die Prozess-Ergebnisbeziehungen und zieht ein Fazit über die generelle und differenzielle Wirksamkeit des psychotherapeutischen Behandlungsansatzes der *Integrativen Körperpsychotherapie*.

1. Beschreibung der Gesamtstichprobe

Die *Integrative Körperpsychotherapie (ibp)* hat im gesamten Projektzeitraum 84 psychotherapeutische Behandlungen in die *PAP-S-Studie* eingebracht. Das sind 24% aller an der Studie teilnehmenden therapeutischen Einzelbehandlungen (N = 350), also fast ein Viertel. 20 Therapeuten steuerten 84 Behandlungsfälle zur Studie bei, von denen dann allerdings – aufgrund fehlender vollständiger Datensätze – lediglich 55 Behandlungen für die Auswertungen verwendet werden konnten.

A. Therapeuten

a. Soziodemografische Merkmale

20 Therapeuten (sh. Tabelle 1) steuerten insgesamt 84 Behandlungen zur Studie bei. Zwei Therapeuten bekundeten ihre Bereitschaft zur Kooperation in der Studie, brachten jedoch keinen Behandlungsfall in die Studie ein. Das durchschnittliche Alter der Therapeuten liegt bei 47,9 Jahren (von 35 bis 65 Jahren), mit einer – durchschnittlich relativ geringen - psychotherapeutischen Praxiserfahrung von 4,7 Jahren (zwei Drittel der Therapeuten hat zwischen unter einem Jahr und 8,5 Jahren Praxiserfahrung, zwei Therapeuten weisen 11 bzw. 14 Jahre Praxiserfahrung auf).

10 von 21 Therapeuten (für 1 Behandler gibt es keine Angaben) sind Psychologen mit Universitäts-Studium, vier Ärzte, vier haben ein anderes Universitäts-Grundstudium und drei ein Fachhochschulstudium in Psychologie.

13 der 21 Therapeuten sind weiblichen, 8 männlichen Geschlechts (Ein Therapeut machte keine Angaben). 8 der 21 Therapeuten haben eine zweite psychotherapeutische Weiterbildung absolviert (vier unbekannter Art), 13 Therapeuten haben ausschließlich die Ausbildung in *Integrativer Körperpsychotherapie* absolviert.

Therapeut/in	Anzahl Behandlungen	Alter	Geschlecht	Praktische Erfahrung (in Jahren)	Therapeutische Zusatz-Ausbildung*
1	4	54	m	14	?
2	6	40	m	3	-
3	5	42	w	6	-
4	6	55	m	9	?
5	6	40	w	2	-
6	6	48	m	2	-
7	6	36	w	0	-
8	7	38	w	5	-
9	1	47	m	9	-
10	6	50	w	1	Prozessorientierte Psychotherapie (IPA)
11	3	46	w	5	-
12	2	45	m	0	-
13	1				
14	5	58	w	4	Gestalttherapie (SVG)
15	1	65	w	5	?
16	5	56	w	6	?
17	6	49	m	5	Gestalttherapie (IG)
18	-	59	w	6	Individualpsychologie (SGIPA)

Therapeut/in	Anzahl Behandlungen	Alter	Geschlecht	Praktische Erfahrung (in Jahren)	Therapeutische Zusatz-Ausbildung*
19	5	35	w	5	-
20	1	55	m	11	-
21	-	36	w	0	-
22	2	51	w	0	-
Summe / MW	84	47,9		4,7	8

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Psychotherapeuten (* Institut; ? = unklar)

b. Behandlungen

Tabelle 2 zeigt die einzelnen Behandlungsfälle der Therapeuten mit den von den Therapeuten selbst erstellten Diagnosen nach ICD-10. Außerdem sind – aufgrund der statistischen Berechnungen mittels der in der Studie eingesetzten Testverfahren (sh. Punkt 2) – die psychische Belastung der Patienten und die Outcome-Cluster-Zuordnung der einzelnen Behandlungen dargestellt.

Psychische Belastung wie auch Outcome-Cluster wurden auf der Basis hierarchischer Clusteranalysen berechnet, denen jeweils die Testwerte der vier Outcome-Tests zu Therapiebeginn (Belastungs-Cluster) bzw. die Clusterung der Test-Differenzwerte (prä-post) (Outcome-Cluster) zugrunde liegen. Zur Bestimmung der jeweiligen Clusterzahl wurde jeweils das Elbow-Kriterium zugrunde gelegt.

Die überwiegenden Störungsbilder (N = 67 der 78 diagnostizierten), die behandelt wurden, gehören zum affektiven (F 3) oder neurotischen / Anpassungsstörungen-Formenkreis (F 4) (85,9%). 11 Persönlichkeitsstörungen wurden behandelt (14,1%). Das initiale psychische Belastungsniveau der Patienten tendiert leicht zur schwerer belasteten Seite. 34 der nur 55 beurteilbaren (aufgrund fehlender Werte) Behandlungen sind der Gruppierung „guter“ bzw. „sehr guter Therapieerfolg“ zuzuschreiben, das entspricht sehr guten 61,8%! Von den verbleibenden 21 Behandlungen sind 14 unverändert (25,5%) und 7 (12,7%) mit gemischtem Ergebnis (in einigen Outcome-Tests verschlechtert, in anderen gebessert).

Therapeut/in	Patienten-Diagnose				Belastungs-Cluster			Outcome-Cluster			
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4
1	1	1	1	1	1	1	2		2		
2		3	2	1	3	1		1	3		
3		3	2		1	1	3	1	2		1
4	1	1	1	3		4			1	1	1
5	5				1	4	1	1	1		3
6	1	1	2	2	1	1	4	2	1	1	1
7	3	3			2	4			1	3	1
8	1	6			2	1	3	2	1		1
9		1			1					1	
10	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2
11		3			1	1	1	1			2
12											
13											
14	2		2		1		4	2			1
15	1						1				1
16	1	1		3	3	1	1	2			1
17	6				1	2	3		1		1
18	2	2	1		1	1	3	2			2
19	1					1					
20		1	1		1	1					1
Summe	26	27	14	11	21	27	27	15	14	7	19

Tabelle 2: 84 Behandlungsfälle der 20 Psychotherapeuten (Differenz zu 84: missing values)

Diagnose

1 = F 3

2 = F 4

3 = gemischt depressiv-ängstlich

4 = F 6

Belastungs-Cluster

1 = niedrig

2 = mittelgradig

3 = hoch

Outcome-Cluster

1 = guter Erfolg

2 = keine Veränderung

3 = gemischt (leicht gebessert u. verschlechtert)

4 = sehr guter Erfolg

c. Prozessmessungen

Tabelle 3 veranschaulicht Merkmale der therapeutischen Behandlungen, die Anzahl der Therapiesitzungen und die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses.

	MW	Standard- Abweichung	Median	N
Therapie-Sitzungen	43,4	40,7	35,0	81
Trend therapeutische Beziehung	-0,15	0,67	0,00	67
Trend Zufriedenheit mit Behandlung	0,28	0,98	0,40	67
MW therapeutische Beziehung	5,37	0,51	5,40	67
MW Zufriedenheit mit Behandlung	4,53	0,72	4,70	67

Tabelle 3: Prozessmerkmale der 84 Behandlungen (Differenz zu 84: missing values)

Die Behandlungen können im Durchschnitt länger als die von Kurzzeitbehandlungen angesehen werden, allerdings gibt es eine große Streuung. Zwei Drittel aller Behandlungen liegen zwischen ca. 2 und 84 Sitzungen. Zehn Prozent aller 81 Behandlungen dauern bis zu 8 Sitzungen, knapp 50% aller Behandlungen sind mit bis zu 32 Sitzungen abgeschlossen. 10% aller Behandlungen dauern länger als 94 Sitzungen, davon eine 139 Sitzungen und eine Behandlung 267 Sitzungen.

Die Merkmale zum therapeutischen Arbeitsbündnis zeigen (Patienteneinschätzungen), dass es eine sehr geringfügige Abnahme der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung, aber eine Zunahme der Zufriedenheit mit der Behandlung gibt. Das therapeutische Beziehungserleben auf Seiten der Patienten und befindet sich durchschnittlich auf sehr hohem Niveau und die durchschnittliche Behandlungszufriedenheit ist relativ gross.

B. Patienten

a. Soziodemografische Merkmale

Tabelle 4 zeigt die relevanten Daten zur Patienten-Stichprobe.

Merkmal	MW / N	Prozent
Alter	40.2	
Geschlecht		
m	26	32,1
w	55	67,9

Merkmal	MW / N	Prozent
Familienstand		
ledig	40	49.4
verheiratet	20	24,7
getrennt lebend / geschieden	19	23.5
verwitwet	2	2.5
Feste Partnerschaft		
ja	47	58.0
nein	29	35.8

Tabelle 4: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe
(fehlende Werte an 84 = missing values)

Die Patienten sind im Schnitt knapp 8 Jahre jünger als ihre Therapeuten. Es gibt die typische 2:1-Geschlechter-Verteilung, zwei Drittel weibliche und ein Drittel männliche Patienten. Drei Viertel der Patienten sind ledig, getrennt lebend/geschieden oder verwitwet (75,3%), dennoch leben 58% in festen Beziehungen.

2. Ergebnisse der Gesamtstichprobe

a. Outcometests und Effektstärken

Tabelle 5 zeigt die Behandlungseffekte in allen vier Outcome-Instrumenten (die Verfahren sind im Gesamtprojekt-Abschlussbericht ausführlich dargestellt). Die Effekte sind durchweg hochsignifikant.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	0,97	59	0,58	5,82	.000	.80
BSI-GSI post	0,55	59	0,51			
OQ-45 prä	66,32	61	20,42	8,00	.000	.99
OQ-45 post	44,79	61	25,29			
GAF prä	57,2	60	10,64	-10,13	.000	1.64
GAF post	75,3	60	12,31			
BDI prä	16,85	60	9,07	7,43	.000	1.07
BDI post	7,90	60	8,91			

Tabelle 5: Prä-Post-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (Cohen's d) (vollständige Werte nur für 59 – 61 Behandlungen)

Die durchschnittliche Effektstärke (ES) beträgt 1.13 und kann als sehr hoch bezeichnet werden (Cohen's d ist die Effektgröße für Mittelwertsunterschiede zweier Gruppen und bedeutet bei $d \leq 0.2$ einen kleinen Effekt, bei $d = 0.2 - 0.50$ einen mittleren Effekt, bei $d \geq 0.5$ einen akzeptablen und bei $d \geq 0.80$ einen großen Effekt). Die besten Effekte werden in der *GAF* erzielt, einem psychiatrischen Globalrating, das in der *PAP-S-Studie* von unabhängigen Ratern vorgenommen wurde. Sehr hohe Effekte werden ebenfalls im *BDI* und dem *OQ-45* erreicht, während der Effekt im Symptombereich (*BSI*) etwas niedriger, gleichwohl immer noch groß ist.

b. Diagnose-Klassen

Aus der Tabelle 6 sind die Effekte für affektive Störungsbilder (Klasse F 3, ICD-10-Diagnose der Therapeuten) zu entnehmen.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	1,07	14	0,61	3,26	.006	1.00
BSI-GSI post	0,49	14	0,54			

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
OQ-45 prä	73,60	14	15,85			
OQ-45 post	46,91	14	22,33	3,62	.003	1.24
GAF prä	55,29	14	7,95			
GAF post	80,79	14	12,21	-5,97	.000	2.62
BDI prä	20,07	14	9,87			
BDI post	9,52	14	11,19	3,49	.004	1.01

Tabelle 6: Prä-Post-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (Cohen's d) für affektive Störungen (ICD-10-Klasse F 3) (vollständige Werte nur für 14 von 26 Behandlungen)

In allen Tests werden sehr hohe Effektstärken für Behandlungen von affektiv gestörten Patienten erreicht, in der *GAF* sogar extrem hohe. Die durchschnittliche ES liegt bei sehr hohen 1.47.

Tabelle 7 veranschaulicht die Werte für Patienten im Störungskreis angstneurotische, Anpassungs- und somatoforme Störungen (ICD-10-Klasse F 4).

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	0,61	12	0,56			
BSI-GSI post	0,22	12	0,18	2,84	.02	1.02
OQ-45 prä	54,98	15	23,17			
OQ-45 post	33,13	15	15,13	4,32	.001	1.24
GAF prä	69,4	15	11,90			
GAF post	83,9	15	11,14	-3,92	.002	1.39
BDI prä	9,93	12	7,75			
BDI post	4,68	12	3,88	2,37	.04	.81

Tabelle 7: Prä-Post-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (Cohen's d) für neurotische und Anpassungsstörungen (ICD-10-Klasse F 4) (vollständige Werte nur für 12 – 15 von 27 Behandlungen)

Die Effektstärken bei den affektiven Störungen liegen im Durchschnitt etwas höher als bei den angstneurotischen und Anpassungsstörungen. Die durchschnittliche ES liegt bei den Angst- und Anpassungsstörungen dennoch bei einem hohen Score von 1.12.

Tabelle 8 zeigt die Werte für die gemischt-depressiv-ängstlichen Störungsbilder. Die durchschnittliche ES beträgt .90. Sie liegt damit deutlich unter den Behandlungseffekten bei den affektiven und ängstlichneurotischen und Anpassungsstörungen.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	1,13	12	0,64	2,85	.02	.94
BSI-GSI post	0,60	12	0,62			
OQ-45 prä	67,91	12	19,31	3,56	.004	.96
OQ-45 post	46,89	12	29,03			
GAF prä	57,3	11	12,65	-3,08	.01	.93
GAF post	69,45	11	14,71			
BDI prä	15,65	11	7,32	2,58	.03	.75
BDI post	8,65	11	12,58			

Tabelle 8: Prä-Post-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (Cohen's d) für gemischt-depressiv-ängstliche Störungen (vollständige Werte nur für 11 – 12 von 14 Behandlungen)

Aufgrund der zu kleinen Stichprobe kann man kaum einen sinnvollen Mittelwert-Test durchführen, sondern die Werte eher deskriptiv betrachten. Sie zeigen, dass es deutliche Verbesserungen für die 11 – 12 betrachteten Behandlungen zu geben scheint (geringer im *BDI*-Test). Depressive Symptome werden durch die *Integrativen Körperpsychotherapie*-Therapien (dies gilt ausschließlich für die hier einbezogenen Behandlungen, für die prä-post-Werte vorliegen) anscheinend relativ weniger verbessert als andere Symptome (*BSI*) und soziale Schwierigkeiten (*OQ-45*). Sehr gute Effekte bescheinigen auch die objektiven Assessoren für das globale psychiatrische Funktionsniveau (*GAF*).

Tabelle 9 zeigt die Werte, die für die persönlichkeitsgestörten Patienten gelten. Aufgrund der zu kleinen Stichprobe kann man die T-Werte und die Effektstärken nicht interpretieren, sondern eher für deskriptive Zwecke nutzen. Vorbehaltlich einer eventuellen nicht zulässigen Verallgemeinerbarkeit könnte man mit großer Vorsicht spekulieren, ob Persönlichkeitsstörungen wenig effektiv in *Integrativer Körperpsychotherapie*-Therapien behandelt werden.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	1,00	7	0,59	1,26	.26	.31
BSI-GSI post	0,70	7	0,67			
OQ-45 prä	66,22	9	28,65	1,80	.11	.50
OQ-45 post	50,23	9	33,62			
GAF prä	51,11	9	6,31	-5,34	.001	2.03
GAF post	72,11	9	11,91			
BDI prä	16,40	7	12,96	1.02	.35	.65
BDI post	11,15	7	9,87			

Tabelle 9: Prä-Post-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (Cohen's d) für Persönlichkeitsstörungen (vollständige Werte nur für 7 – 9 von 11 Behandlungen)

Auch hier streuen die Effektstärken sehr stark und sind z.T. sehr hoch, wiederum Ausnahme: die *GAF*-Skala. Die durchschnittliche ES beträgt .87, wird aber nur durch den extrem hohen Wert durch die Assessoren angehoben. Klinisch bedeutet dieses Ergebnis, dass die neutralen Assessoren eine sehr gute Verbesserung im psychiatrischen Globalniveau erkennen wollen, was die drei psychometrischen Tests, die die Patienten selbst ausfüllen, nicht abbilden: wenig Symptombesserung (*BSI*), wenig Depressionsminderung (*BDI*), sehr wenig Verbesserungen im interpersonalen Bereich (*OQ-45*).

c. Psychische Belastungen bei Behandlungsbeginn

In der Tabelle 10 sind die vier diagnostischen Untergruppen mit ihrem jeweiligen psychischen Belastungsausmaß zu Beginn der Behandlungen abgebildet.

Störungsbild	N	1	2	3
affektiv (F 3)	24	11	5	7
ängstlich (F 4)	20	10	4	2
gemischt depress.-ängstlich	7	2	2	4
persönlichkeitsgestört (F 6)	7	1	2	2
Summe	58	24	13	15

Tabelle 10: Belastungcluster zu Beginn der Therapie
(fehlende Behandlungen aufgrund fehlender Testungen)

- 1 Belastung niedrig
- 2 Belastung mittelgradig
- 3 Belastung hoch

Die affektiven Störungen sind zum Behandlungsbeginn tendenziell schwerer belastet als die ängstlich-neurotischen Störungsbilder, woraus sich möglicherweise die unterschiedlich hohen ES erklären ließen (s.o.). Insgesamt neigt sich die Waage mehr zur leichteren Seite der initialen psychischen Belastung der Gesamtstichprobe.

d. Erfolgsvoraussage

Die einzige Variable, die den Behandlungserfolg voraussagen gestattet, ist das Ausmaß der psychischen Belastung der Patienten zu Behandlungsbeginn: Je größer die Belastung, desto wahrscheinlicher der spätere Therapieerfolg (27% der Ergebnisvarianz, $F = 7,72$; $p < 0.002$). Anders ausgedrückt: Je größer die Belastung bzw. der Leidensdruck, desto mehr profitieren die Patienten von der Behandlung.

e. Geschlechtsaspekte

Weder das Geschlecht des Patienten, noch das des Therapeuten spielen eine wichtige Rolle beim Behandlungsergebnis.

f. Professionelle Ausbildung und therapeutische Erfahrung

Die Dauer der therapeutischen Berufserfahrung spielt keine Rolle im Hinblick auf die erzielten Behandlungsergebnisse. Zur Rolle der Grundausbildung der Therapeuten bezüglich der Behandlungseffekte kann derzeit keine Aussage gemacht werden, da hierzu sehr aufwendige, hochauflösende Berechnungen – unter Einbezug weiterer, wichtiger Variablen – vorgenommen werden müssen.

Zusätzliche, weitere psychotherapeutische Qualifikationen – über die *ibp*-Ausbildung hinaus – spielen keine Rolle bei den gefundenen Unterschieden.

g. Therapeutisches Arbeitsbündnis

Die verschiedenen Störungsbilder zeigen deutliche Unterschiede in der Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Gemischt depressiv-ängstliche Patienten zeigen ein signifikant komplizierteres (schlechteres) therapeutisches Beziehungserleben als z.B. Patienten mit einem alleinigen depressiven oder ängstlichen Störungsbild im Trend (abnehmendes Niveau im Vergleich zu ängstlichen Patienten, $p \leq 0.02$) oder im Niveau (durschnittlich niedriger als depressive Patienten, $p \leq 0.008$).

Dieses Ergebnis bedeutet für die untersuchten *ibp*-Behandlungen, dass Patienten mit einer Mischstörung aus Depression und Angst schwieriger zu behandeln sind – was sich ja auch in den geringeren Effektstärken im Vergleich zu den alleinig als depressiv oder ängstlich-anpassungsgestört diagnostizierten Patienten gezeigt hat (s.o.). Die Problematik liegt offenbar in einer schwierigeren Therapeuten-Patienten-Beziehung,

so dass die Behandlungseffekte unter den Effekten bleiben, wie sie bei nur depressiven oder nur ängstlichen Störungsbildern prinzipiell erreichbar zu sein scheinen.

h. Integration

20 *ibp*-Psychotherapeuten brachten 84 psychotherapeutische Behandlungen in die *PAP-S*-Studie ein. Von diesen liegen vollständige Daten für bis zu 55 Behandlungen vor, auf die sich die Auswertungen stützen können.

Für die gesamte untersuchte Stichprobe (59 – 61 Behandlungen von 84 aufgrund fehlender Werte) liegt die durchschnittliche Effektstärke (ES) bei dem hohen Wert von 1.13. Damit wird eine Effektivität erreicht, die im Vergleich zu den in der Forschungsliteratur meist untersuchten Psychotherapieverfahren, die – grob betrachtet – im Mittel ES zwischen 0.80 und 1.00 aufweisen, sehr hoch ist.

Die besten Behandlungserfolge wurden für Patienten erzielt, die von den Behandlern nach dem ICD-10 als zum depressiven Formenkreis zugehörig diagnostiziert wurden. Die ES liegt im Durchschnitt der 14 (für 12 Fälle fehlende Daten) der 26 Patienten bei eindrucksvollen 1.47, also über dem Schnitt der gesamten *ibp*-Patienten-Stichprobe. Ebenfalls sehr gute Erfolge werden für 12 – 15 Behandlungsfälle mit Angst- und Anpassungsstörungen erzielt (ES = 1.12).

Geringere Behandlungseffekte stellen sich für Depressions-Angst-Mischformen ein (ES = .90) und noch geringere für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ES = .87, wobei dieser Wert nur durch einen Ausreißer bei den Assessoren-Ratings in der Skala *GAF* zustande kommt, sonst würde die durchschnittliche ES bei .49 liegen). Bei beiden Störungsformen – gemischt depressiv-ängstlich und persönlichkeitsgestört – muss man die geringen Stichproben beachten (11 – 12 Behandlungen bei den gemischten Störungsbildern und 7 – 9 Behandlungen bei den persönlichkeitsgestörten), die eine zu geringe empirische Basis darstellen, um Verallgemeinerungen vorzunehmen. Daher sind die gefundenen *ibp*-Behandlungsergebnisse für diese beiden Störungsbereiche nur mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Ob die akademische Grundausbildung – und ggf. eine zusätzliche, weitere Therapiequalifikation – wichtige, den Behandlungseffekt moderierende, Rollen spielen, lässt sich derzeit nicht abschließend beantworten. Dieser Aspekt der Person des psychotherapeutischen Behandlers und der vielen Variablen, die damit verbunden sind (z.B. Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung), müssen in aufwendigen, komplexen Kausalanalysen untersucht werden. Insofern sind auch noch keine endgültigen

Schlussfolgerungen – für die Gesamtstudie, wie auch in diesem Falle für das *ibp* – bezüglich der Rolle der psychotherapeutischen Grundausbildung(en) gerechtfertigt.

Hauptfaktoren für psychotherapeutischen Erfolg mit Hilfe von *ibp*-Behandlungen scheinen auf jeden Fall der initiale psychische Belastungsdruck der Patienten zu sein und eine patientenseitige Zufriedenheit während der Behandlungszeit. Dieses Ergebnis wirft ein Licht auf die Professionalität der Therapeuten, die es nachweislich schaffen, für Patienten mit größerer psychischer Belastung ein Arbeitsklima zu schaffen, das seinerseits förderlich ist für psychotherapeutische Veränderung.

3. Integration und Fazit

Das *ibp-Institut* hat 84 Patienten-Behandlungen in die *PAP-S*-Studie eingebracht. Von diesen 84 Fällen konnten nur 55 psychotherapeutische Behandlungen (aufgrund fehlender Daten) ausgewertet werden. 22 Therapeuten der *ibp* waren bereit, in der Studie zu kooperieren, jedoch steuerten im Endeffekt nur 20 Therapeuten Behandlungsfälle bei.

Die Behandlungsergebnisse sind sehr gut. Mit ca. 43 Therapiesitzungen im Schnitt werden sehr hohe Effektstärken um 1.13 durchschnittlich erreicht. Bei den Patienten handelt es sich um ein psychisch durchschnittlich belastetes Patienten-Klientel mit überwiegend affektiven und ängstlichen Störungsbildern.

Die besten Behandlungsergebnisse werden bei depressiven Störungsbildern, noch vor Patienten mit ängstlichen und Anpassungsstörungen erreicht. Geringere, gleichwohl noch gute, Ergebnisse werden mit gemischten Angst-Depressionsstörungen erreicht. Deutlich weniger effektiv sind Behandlungen mit persönlichkeitsgestörten Patienten.

Es ist davon auszugehen, dass die Psychotherapeuten, die an der Studie teilgenommen haben, eine hohe integrative Leistung vollbringen, was den Grad ihrer Professionalität widerspiegelt. Dies drückt sich insbesondere in der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus, die sich – durchschnittlich gesehen – kontinuierlich positiv auf einem hohen Niveau bewegt.

Die Frage, welche Bedeutung eine sich eng an einem bestimmten Behandlungskonzept anlehrende Interventionstechnik für den Behandlungserfolg in der Psychotherapie hat, ist eine derzeit noch heiß umstrittene [4-5]. Wie viel Spezifität in der Behandlungstechnik erforderlich ist und ob eine solche durchgängig hoch zu erfolgen habe oder nicht, ist noch ungeklärt und wird u.a. auch durch unsere Projektergebnisse näher untersuchbar sein [6]. Die Ergebnisse zur Konzepttreue von *IBP*-Therapeuten werden in einem gesonderten Bericht baldmöglichst nachgeliefert werden.

Insgesamt kann – auch mit Hinweis auf die entsprechende Forschungsliteratur - vermutet werden, dass sich die erzielten Ergebnisse auf dem erreichten Niveau stabilisieren und über die Zeit mehrheitlich Bestand haben werden (katamnestische Untersuchungen konnten in diesen Bericht noch nicht integriert werden, sie werden jedoch derzeit durchgeführt und können in einem kurzen abschließenden Bericht den teilnehmenden Instituten nachgereicht werden).

Die Rolle und Bedeutung der Grundausbildung(en) für den Beruf des Psychotherapeuten müssen für die *ibp*-Behandlungen – wie auch für die anderen Institute – noch tiefer und umfassender reflektiert werden, insofern kann derzeit hierzu noch keine Aussage gemacht werden, da hierzu sehr aufwendige, hochauflösende Berechnungen – unter Einbezug weiterer, wichtiger Variablen – vorgenommen werden müssen.

4. Literatur

- 1 Schlegel M, Meier I, Schulthess P. Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren. Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie I. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2011
- 2 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

Weiterführende Literatur

- 1 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: John Wiley & Sons, 2004: 139-193
- 2 Perepletchikova Treatment integrity and differential treatment effects: Commentary. Clinical Psychology: Science and Practice 2009; 16: 379-382
- 3 Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001
- 4 Tschuschke V, Köhler M, Blawath S, Berglar J, Muth K, Staczan P, Cramer A, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda M. Specific or unspecific therapeutic interventions? Treatment integrity and its relationship with treatment outcome in eight different psychotherapeutic approaches. (Unveröff. Manuskript.)
- 5 Muran JC, Barber JP (eds.). The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice. New York: Guilford Press 2010
- 6 Franke GH. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz-Test 2000
- 7 Lambert MJ, Morton JJ, Hatfield D, Harmon C, Hamilton S, Reid RC, Shimokawa K, Christophersen C, Burlingame GM. Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services L.L.C., 2004
- 8 Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II. Beck-Depressionsinventar. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 2006
- 9 Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe, 2003
- 10 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber/Hogrefe, 2006
- 11 Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980
- 12 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975
- 13 Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 1995; 40: 23-32
- 14 Tschuschke V, Koemeda M, Schlegel M. Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) – Ratingmanual. Version 7.0. Unveröff. Manuskript., Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2011
- 15 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: John Wiley & Sons, 2004: 139-193
- 16 Lueger R. Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. Psychotherapeut 1995; 40: 267-278

- 17 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187: 571-578
- 18 Blawath S, Tschuschke V, Koemeda M, Cramer A, von Wyl A, Schulthess P. Modelling of psychotherapeutic change. (Unveröff. Manuskript.)
- 19 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
- 20 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
- 21 Frauenfelder A, Schlegel M, Buchmann R (2004) Ein gemeinsamer Nenner von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie: über die Umfrage zur „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“. *Psychotherapie Forum* 12: 233-240
- 22 Itten T (2005) Wissenschaftskolloquium in Zürich *Psychotherapie Forum* 12 (3) Supplement, S. 89 f
- 23 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)
- 24 Schlegel M (2006) Ausführungsbestimmungen zur Wirksamkeitsforschung der durch die Schweizer Charta für Psychotherapie akkreditierten Verfahren. *Psychotherapie Forum* 14: 199 - 205
- 25 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