



UNIKLINIK
KÖLN

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw
Angewandte
Psychologie

SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

Ausbildung
Ethik
Forschung

Abschlussbericht

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

der Institute der

Schweizer Charta für Psychotherapie

für

**Institut für Integrative Körperpsychotherapie
(IBP)**

Teil 2

mit Katamnese und Sitzungsratings

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Oktober 2014

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	Katamnese-Ergebnisse der Gesamtstichprobe der <i>PAP-S</i>-Studie	1
1.	Einleitende Bemerkungen	1
2.	Katamnese-Ergebnisse	2
3.	Stichproben	3
a.	Prä-Follow-up-Vergleich	3
b.	Post-Follow-up-Vergleich	4
4.	Warum eine so große Schwundrate zum Follow-up-Zeitpunkt?	5
5.	Chronifizierung und Langzeit-Ergebnisse	9
6.	Behandlungs-Ergebnisse nach Diagnose-Gruppen	12
7.	Zusammenfassung der katamnestischen Untersuchungen	16
B	Katamnese-Ergebnisse der <i>IBP</i>-Behandlungen	19
1.	Einleitende Bemerkungen	19
2.	Stichproben	20
a.	Prä-Follow-up-Vergleich	20
b.	Post-Follow-up-Vergleich	21
3.	Zusammenfassung der <i>IBP</i> -Behandlungen zur Katamnese	23
C	Therapeutische Interventionen und Konzepttreue (treatment adherence)	24
1.	Einleitende Erläuterungen	24
a.	Rational der Untersuchung	24
b.	Teilnehmende Institute und Behandlungsansätze	26
2.	Gesamtstichprobe	28
a.	Therapeuten und Patienten	28
3.	Ergebnisse zum Ausmaß der Konzepttreue der therapeutischen Interventionen	30
D	Therapeutische Interventionen der <i>IBP</i>-Behandlungen	34
E	Allgemeine und spezifische Interventionen – Eine detaillierte Analyse am Beispiel von 92 Behandlungsfällen	36
F	Zitierte Literatur	39

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

1. Einleitende Bemerkungen

Bei diesem Bericht handelt es sich um einen allgemeinen und institutsbezogenen Abschlussbericht der *Schweizer Charta für Psychotherapie* zum PAP-S-Projekt. Er schließt die katamnestischen 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.) [1] auf den ersten Abschlussbericht zum Projekt, der im Februar 2013 vorgelegt wurde [2]. 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 die Veränderungen, die sich zwischen Therapiebeginn und dem katamnestischen Nachbetrachtungszeitraum von einem Jahr nach Behandlungsende ergaben, zum einen für die Gesamtstichprobe der PAP-S-Studie (A), zum anderen umfasst er die spezielle Auswertung für die vom *Institut für Integrative Körperspsychotherapie (IBP)* in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle (B).

Des Weiteren schließt dieser Bericht die Ergebnisse einer Stichprobe von gerateten Sitzungen aus allen tonaufgezeichneten Sitzungen mit ein (C). Abschließend werden die Ergebnisse der Sitzungs-Ratings speziell der *IBP*-Behandlungen dargestellt (D).

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 [3]. Wenn dies auch für den überwiegenden Teil aller Patienten gilt – die klassische Metaanalyse von Smith et al. [4] 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 [3].

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 [2]. Der hiermit vorgelegte katamnestische 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 katamnestischer 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 katamnestischen 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	2,65	0,009	0,22
BSI-GSI Kat	0,31	145	0,32			
OQ-45 post	37,89	144	20,02	1,10	0,272	0,09
OQ-45 Kat	36,45	144	18,50			
GAF post	78,20	143	12,75	- 3,59	0,0001	0,30
GAF Kat	81,69	143	12,38			
BDI post	5,77	142	6,50	2,46	0,015	0,21
BDI Kat	4,48	142	5,62			

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 Unterschied zu Laborstudien mit nicht typischen „Patienten“) 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 [3].

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 ist.

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
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 katamnesticen 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 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 in *BSI*, *OQ-45* und signifikant in *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 katamnestischen 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 katamnestischer 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. Der weitaus größte Teil der Patienten kommt innerhalb des ersten Jahres seit Problembeginn und damit vergleichsweise früh in die Behandlung (41,3%). 62,3% aller Patienten kommen binnen 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.

Unsere Ergebnisse lassen sich momentan nicht abschließend klären und bedürfen weiterer Untersuchungen. Was allerdings festgestellt werden kann, ist, dass sich erstens 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 [2]. Sie machen mehr als 50% der Gruppe der Patienten aus, für die Follow-up-Werte vorliegen.

Die Effektstärken liegen sämtlich in einem sehr 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 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 [2; 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 [3; 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 weiteren 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 [3], 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 [2] 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 ganz überwiegend 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. [4], 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 [5]. Während bei einem Medikament eine Effektstärke von 0,04 festgestellt wurde [6], verminderte das andere – Aspirin – das Auftreten eines Herzinfarkts mit einer Effektstärke

von 0,034 [7]. Grawe et al. schließen aus diesen Ergebnissen, dass ein solches Medikament – 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 rechtschreibschwache 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 ihre wahre Wirkpotenz 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 [8]. 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 [9].

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 [1; 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 behandelter Patienten befinden dürfte.

B Katamnese-Ergebnisse der IBP-Behandlungen

1. Einleitende Bemerkungen

Der folgende Abschnitt behandelt die institutsbezogenen Daten der psychotherapeutischen Behandlungen des Instituts für *Integrative Körperpsychotherapie (IBP)*, die in die *PAP-S*-Studie der *Schweizer Charta für Psychotherapie* eingebracht wurden.

Dieser Teil des Berichts schließt die katamnestischen Nachuntersuchungen des Projekts ein, die ein Jahr nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlungen vorgenommen werden konnten. Er bezieht sich in den grundlegenden Design-Aspekten der Studie auf den ersten Abschlussbericht zum Projekt [2], der im Februar 2013 vorgelegt wurde, wie auch auf den Katamnese-Gesamtbericht, der allen beteiligten Instituten gemeinsam vorgelegt wurde (sh. vorstehender Abschnitt A). Der erste Bericht bezog sich ausschließlich auf die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs – also auf den Vergleich zwischen Eingangsstatus und Ergebnis zum Therapieende, während dieser Bericht auch die Entwicklungen innerhalb des ersten Jahres nach Behandlungsende betrachtet.

2. Stichproben

Von insgesamt N = 379 in die PAP-S-Studie aufgenommenen Patienten haben N = 55 Patienten der IBP an der PAP-S-Studie teilgenommen. Davon liegen für N = 40 bis 42 Patienten auswertbare Daten ausschließlich aus IBP-Behandlungen 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 – je nach Testverfahren – z.T. nur für 40 bis 42 Behandlungsfälle vor, für den Vergleich t 2 (post) und t 3 (follow-up) ebenfalls für 40 bis 42 Behandlungsfälle.

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 42 Patienten vor Beginn der Behandlung (prä) und zum Katamnese-Zeitpunkt ein Jahr nach Beendigung der Therapie ergaben.

Für die 40 bis 42 Patienten, für die sämtliche Testwerte vorliegen, kann für alle vier Tests festgestellt werden, dass sich hochsignifikante Verbesserungen vom Status unmittelbar vor Beginn der Behandlung und dem Zustand ein Jahr nach Behandlungsende ergaben. Die Effektstärken liegen durchgängig sehr hoch und übersteigen die Behandlungseffekte der Patienten-Stichprobe des Abschlussberichts auf prä-post-Basis (sh. Abschlussbericht 2013, S. 22) deutlich.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI prä	0,87	42	0,52	7,40	0,0001	1,14
BSI-GSI Kat	0,31	42	0,39			
OQ-45 prä	61,58	42	19,55	7,74	0,0001	1,19
OQ-45 Kat	35,65	42	18,29			
GAF prä	58,36	42	11,42	- 9,55	0,0001	1,47
GAF Kat	82,21	42	11,78			
BDI prä	15,00	41	9,34	8,64	0,0001	1,33
BDI Kat	4,15	41	6,14			

Tabelle 1: Prä-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (N = 41 - 42)

Dieses Ergebnis besagt, dass für 41 bzw. alle 42 Patienten festgestellt werden kann, dass sich sehr bedeutsame Stabilisierungen und Verbesserungen noch nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung ergaben, wie die sehr hohen Effektstärken in allen vier Tests belegen.

Wenn man unterstellt, dass von den 42 Behandlungsfällen nach Abschluss der hier untersuchten *IBP*-Behandlungen, wie sie in die *PAP-S*-Studie eingebracht wurden, keine weiteren psychotherapeutischen Behandlungen stattfanden, dann lässt sich konstatieren, dass die erfolgten *IBP*-Behandlungen dieser 42 Patienten im Durchschnitt als sehr erfolgreich bezeichnet werden müssen, ungeachtet der formalen Diagnose oder des Grades der Chronifizierung und psychischen Belastung vor der Behandlung oder der beruflichen Erfahrung der behandelnden Therapeuten.

Die genannten Aspekte können statistisch nicht sinnvoll berechnet werden, da die Gesamtstichprobe insgesamt zu schmal ist für weitere Untergruppenbildungen, so dass nur eine Gesamtauswertung über alle Behandlungsfälle erfolgt.

b. Post-Follow-up-Vergleich

Tabelle 2 dokumentiert die Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt des Therapie-Endes (post) und dem Follow-up ein Jahr danach. Auch sich wenn die Mittelwerte der einzelnen Messzeitpunkte nicht mehr signifikant voneinander unterscheiden, so sind die Effektstärken relativ hoch (mäßig im *OQ-45*). Sie belegen, dass es weitere positive Wirkungen auch nach Therapieende gegeben hat. Diese Stabilisierungen bzw. weiteren Verbesserungen gelten an dieser Stelle für die gesamte Stichprobe im Durchschnitt.

Therapie-Effekte	MW	N	s	T-Wert	p	ES
BSI-GSI post	0,39	42	0,33	1,29	0,203	0,20
BSI-GSI Kat	0,31	42	0,39			
OQ-45 post	37,63	42	18,39	0,66	0,514	0,10
OQ-45 Kat	35,65	42	18,29			
GAF post	76,79	42	12,27	- 3,31	0,002	0,51
GAF Kat	82,21	42	11,78			
BDI post	5,88	41	6,42	1,41	0,167	0,22
BDI Kat	4,15	41	6,14			

Tabelle 2: Post-Katamnese-Werte der vier Ergebnis-Tests und Effektstärken (N = 41 – 42)

Zunächst kann an dieser Stelle jedoch festgehalten werden, dass seriöse Psychotherapie, durchgeführt von erfahrenen Psychotherapeuten, bei „echten“ Patienten im normalen, alltäglichen ambu-

lantem Behandlungssetting (im Unterschied zu Laborstudien mit nicht typischen „Patienten“) 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 [3].

Für die *IBP*-Therapien – auf der Basis der 42 einbezogenen Behandlungsfälle, für die vollständige Testwerte vorliegen – lässt sich das Fazit ziehen, dass die Behandlungen im Durchschnitt sehr effektiv waren und dass sich das therapeutisch Erreichte im Verlaufe des katamnestischen Nachbetrachtungs-Zeitraums ein Jahr nach Behandlungsende noch weiter verbesserte und stabilisierte.

3. Zusammenfassung der *IBP*-Behandlungen zur Katamnese

Für 41 bzw. 42 von 55 in die Studie eingebrachten Behandlungsfällen lässt sich festhalten, dass die erzielten Therapieeffekte der *IBP*-Behandlungen sehr stabil sind und sich sogar noch weiter verbessern, selbst nach Behandlungsende (vorausgesetzt, die Patienten haben keine weitere psychotherapeutische Behandlung erhalten).

Damit lässt sich für die betrachteten Behandlungen abschließend feststellen, dass die Therapien durch *IBP*-Psychotherapeuten im Durchschnitt hoch effektiv waren und mit einer Effektstärke in Höhe von im Schnitt 1,28 deutlich über den mehrheitlich in der Forschungsliteratur berichteten Effektstärken liegen. Die durchschnittliche Effektstärke des reinen katamnesticen Zeitraums zwischen Therapieende und Nachuntersuchung ein Jahr nach Beendigung der Therapie liegt im Durchschnitt für einen Zeitraum ohne Behandlung mit 0,26 immer noch vergleichsweise hoch. *IBP*-Therapien scheinen demnach Wirkungen zu erzielen, die über den reinen Behandlungszeitraum hinausgehen, d.h. sich auch noch nach dem Ende der psychotherapeutischen Behandlung einstellen und somit eindeutig auf dauerhafte Effekte durch die Behandlungen verweisen.

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 [1] 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 [10]. 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 [11-14]. 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 [9]. 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 vor 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
- EGIS
- GLE
- IBP
- IPA
- ILE
- Psa
- SGAP
- SGBAT / DÖK
- SVG

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 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 [2] und das mittlerweile publizierte Rating-Manual [15]. 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 die eine Therapie von *ILE* mit denen von *GLE* 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 „psychoanalytische Therapie“ eine statistische Auswertung ermöglichen.

Die ersten Forschungsergebnisse wurden in der international renommierten Fachzeitschrift *Psychotherapy Research* publiziert [9]. 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 konzeptspezifischer Intervention für die einzelnen Methoden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Rating-Auswertungen anhand von insgesamt N = 134 Behandlungsfällen dargestellt. Diese 134 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 Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) 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 [9] überwiegen die unspezifischen, allgemeinen Interventionstechniken deutlich.

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

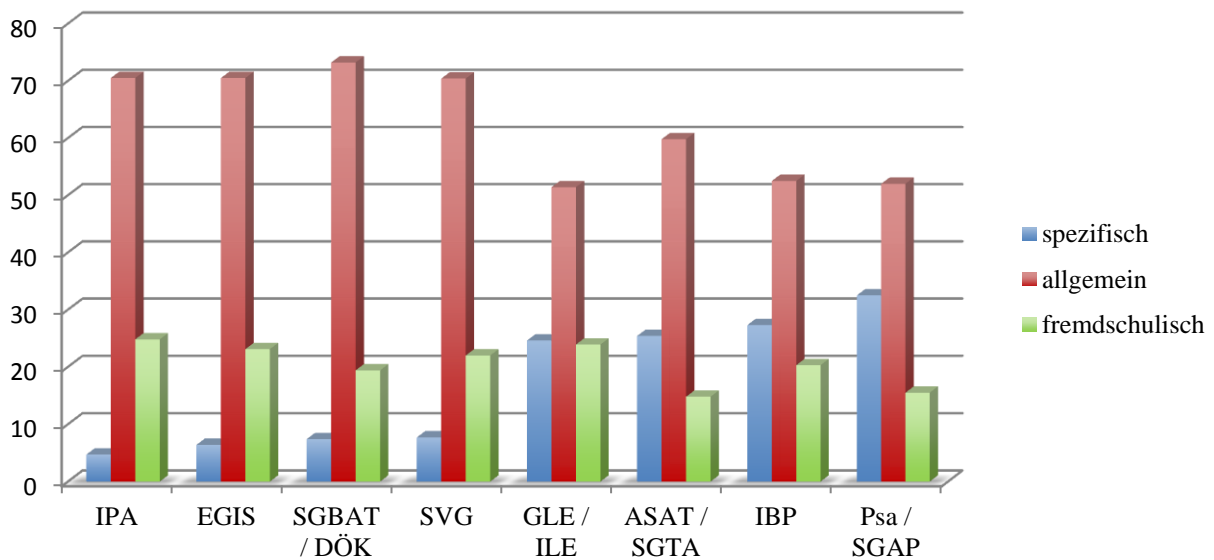


Abbildung 1: Prozentuale Anteile spezifischer, allgemeiner und fremdschulischer therapeutischer Interventionen in den untersuchten Konzepten (SGBAT mit DÖK; GLE mit ILE; SGTA mit ASAT, SGAP mit Psa)

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 *GLE / 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 *GLE / 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 134 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 [12]. 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 [11, 16, 18-19]. Im Abschnitt C dieses Katamnese-Berichts werden die wesentlichen allgemeinen Interventionstechniken, die die Behandler der hier untersuchten konzeptuellen Behandlungsansätze verwendet haben, näher aufgeschlüsselt.

Neuere Forschungen deuten eher darauf hin, dass es 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 [11, 18]. 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 [13, 19-20].

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.

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.

D Therapeutische Interventionen der IBP-Behandlungen

31 der 55 in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle von sieben Therapeuten des Instituts für Integrative Körperpsychotherapie (IBP) konnten bislang bezüglich der therapeutischen Interventionen ausgewertet werden. Von diesen 31 Behandlungen wurden jeweils ca. drei Sitzungen per Zufall ausgewählt – insgesamt 88 Sitzungen – und vollständig von unabhängigen Ratern, die nach ausgiebigem Training eine ausreichende Übereinstimmung aufwiesen, geratet. Je Behandlungsfall wurden die therapeutischen Interventionen je Rating-Kategorie über alle Sitzungen gemittelt. Die an der Studie beteiligten Therapeuten verwendeten zu 27,3% IBP-spezifische Interventionstechniken. Zu 52,5% wurden unspezifische, allgemeine Interventionstechniken eingesetzt. Die zu ca. 20% eingesetzten fremdschulischen Interventionen verteilen sich auf andere theoretische Konzepte und Verfahren wie in Tabelle 3 näher aufgeschlüsselt.

Tabelle 1 zeigt die absoluten Interventionszahlen (aller 88 Sitzungen, nicht gemittelt) der fremdschulischen Interventionsanteile der Therapeuten/innen der IBP-Therapien.

Eingesetzte Interventionstechniken von Konzept	Anzahl Interventionen	Prozent
Psychoanalyse, Analytische Psychologie	345	26,11
Bioenergetische Analyse	339	25,66
Gestalttherapie	323	24,45
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie	137	10,37
Systemische Therapie	55	4,17
Institut für Prozessanalyse	44	3,33
Verhaltenstherapie	42	3,18
Existenzanalyse und Logotherapie	16	1,21
Transaktionsanalyse	11	0,83
Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie	9	0,68
Gesamt	1.321	99,99

Tabelle 1: Fremdschulische Interventionen von Therapeuten / innen der IBP-Therapeuten
 (absolute Zahlen aus 88 Sitzungen)

Wenn IBP-Therapeuten fremdschulische Interventionstechniken verwenden, dann setzen sie vorwiegend psychodynamische Interventionsstrategien ein. Aber rund 50% aller fremdschulischen Interventionstechniken betreffen Therapieverfahren, die ebenfalls körperorientierte Techniken verwenden (*Bioenergetische Analyse, Gestalttherapie*). Rund 20% der Interventionen sind

der Trias *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, *Verhaltenstherapie* und *Systemischer Therapie* zuzuordnen.

Die an der Studie teilnehmenden Therapeuten verwendeten also 27,3% eigene, *IBP*-spezifische Interventionen, ca. 20% fremdschulische Interventionen (darunter ca. 50%, also absolut zu 10% ebenfalls Techniken mit körperorientierten Interventionstechniken) und in überwiegendem Ausmaß (zu 52,5%) unspezifische, allgemeine Interventionen, die sich alle Psychotherapieschulen teilen.

Somit lässt sich insgesamt feststellen, dass die sieben Therapeuten der 31 untersuchten Behandlungsfälle zu insgesamt ungefähr 37% körperbezogene Techniken einsetzten, darunter 27,3% des eigenen Konzepts und 10% verwandter Verfahren wie *Bioenergetische Analyse* und *Gestalttherapie*.

E Allgemeine und spezifische Interventionen – Eine detaillierte Analyse am Beispiel von 92 Behandlungsfällen

Die folgenden Darstellungen sollen einen detaillierteren Einblick in die Arbeitsweise des Rating-Manuals [15] erlauben als dies die vorangegangenen Erläuterungen gestatteten. Vor allem aber verdeutlichen die nachfolgenden Darstellungen im Detail, wie ähnlich und auf wenige Techniken konzentriert sich Psychotherapeuten unterschiedlicher konzeptueller Ansätze bei ihren therapeutischen Interventionen verhalten.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf 422 therapeutischen Sitzungen mit 92 verschiedenen Patienten/innen, durchgeführt von 42 Therapeuten/innen (Verteilung siehe Tabelle 1): Durchschnittlich erfolgten pro Sitzung 43 therapeutische Interventionen (SD = 17.7; Min. 8; Max. 173), d.h. etwas weniger als jede Minute eine.

Analysiert wurden insgesamt 18.542 Interventionen, die während einer Gesamtsitzungszeit von 342,5 Stunden erfolgten. Davon entfielen 18,2% der Interventionen auf *transaktionsanalytische* Behandlungen (ASAT und SGTA), 21.8% auf *prozessorientierte* (IPA, ehem. FGPOP), 14,8% auf *Gestalttherapien* (SVG), 17,8% auf *integrative Körperpsychotherapien* (IBP), 2,6% auf *existenzanalytisch-logotherapeutische* Behandlungen (GLE), 9,1% auf *Kunst- und Ausdrucksorientierte* Therapien (EGIS), 3,3% auf *psychoanalytische* (Psa), 1,2% auf *analytisch-psychologische* nach C.G. Jung (SGAP) und 11,1% auf *bioenergetisch-analytische* (SGBAT und DÖK) Psychotherapien.

Die 10 häufigsten Interventionen (zwei davon sind ausschließlich allgemein, fünf sind methodenspezifisch und allgemein und drei sind ausschließlich methodenspezifisch) machen zusammen gut 67 % aller Interventionen aus; die 10 Zeit füllendsten Interventionen (es handelt sich um dieselben Kategorien) füllen zusammen ca. 71 % der Zeit (sh. Tabelle 2, linke Spalten).

Bei den die meiste Zeit füllenden und den 10 häufigsten Interventionen handelt es sich um dieselben Kategorien. Die Rangordnung ihres prozentualen Anteils variiert unwesentlich im unteren (= weniger häufigen, weniger Zeit füllenden) Bereich (sh. Tabelle 2).

Intervalle von mehr als zwei Minuten Dauer, d.h. deutlich abweichend von der durchschnittlichen Intervalllänge, kommen

- in praktisch allen Sitzungen (N = 416 von 422; insgesamt 2542 mal von 18 542 Intervallen insgesamt, zwischen 1 – 12 mal pro Sitzung) vor,
- bei allen TherapeutInnen (zwischen 17 – 231 mal),
- sowie bei allen PatientInnen (zwischen 1 – 110 mal).

Die 10 häufigsten Interventionskategorien, die Intervalle von länger als zwei Minuten nach sich ziehen können, sind in der folgenden Übersicht (Tabelle 1) dargestellt.

10 häufigste Kategorien		%	10 zeitintensivste Kategorien		%	
1	55	Klären, Nachfragen (allgemein, GLE, Psa)	15,02	55	Klären, Nachfragen (allgemein, GLE, Psa)	21,71
2	52	Informationsvermittlung (allgemein, IBP)	11,26	52	Informationsvermittlung (allgemein, IBP)	13,35
3	46	Halt geben / Unterstützung (allgemein, TA)	10,88	46	Halt geben / Unterstützung (allgemein, TA)	8,89
4	30	Einsichtsförderung von zu veränderndem Verhalten (allgemein, GLE)	7,91	30	Einsichtsförderung von zu veränderndem Verhalten (allgemein, GLE)	7,51
5	31	Empathie (allgemein, GT)	6,12	31	Empathie (allgemein, GT)	4,83
6	60	Konfrontieren (Psa)	4,81	60	Konfrontieren (Psa)	3,56
7	19	Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion (allgemein, IBP-)	3,84	27	Deutung (Psa)	2,95
8	27	Deutung (Psa)	3,68	19	Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion (allgemein, IBP-)	2,91
9	8	Arbeit am subjektiven Erleben / Empfinden (allgemein)	3,34	56	Körperebene bewusst machen (IBP-, IBP, SGBAT)	2,72
10	56	Körperebene bewusst machen (IBP-, IBP, SGBAT)	2,25	8	Arbeit am subjektiven Erleben / Empfinden (allgemein)	2,62
Summe Prozent aller Interventionen			67,11	71,05		

Tabelle 1: Häufigste und die meiste Zeit in Anspruch nehmende Kategorien (in Prozent)

Betrachtet man allerdings die Interventionen, die durchschnittlich die ausgedehntesten Zeitintervalle bis zur nächsten Intervention nach sich ziehen, rücken andere Kategorien nach oben. Es handelt sich ausnahmslos um methodenspezifische Interventionen. Dabei wurden nur Interventionen berücksichtigt, die insgesamt mindestens 10-mal vorkamen, d.h. eine Auftretenswahrscheinlichkeit von > 0.05 % hatten).

Kategorie-Nr	Interventions-Kategorie	Mittlere Interventions-Dauer
1	62 Kunstästhetische Verantwortung übernehmen (EGIS)	00:04:00
2	33 Entspannungstechnik vermitteln (IBP, VT)	00:03:53
3	58 Körperübung (SGBAT)	00:02:32
4	14 Arbeit mit kreativen Medien / Kreativität anregen (EGIS, SGAP)	00:02:17
5	25 Charakter- und Schutzstilarbeit (IBP)	00:02:01
6	77 Selbsthilfetechniken (IBP)	00:01:52
7	56 Körperebene bewusst machen (IBP-, IBP, SGBAT)	00:01:49
7	91 Unterschiedsfragen (systemische Therapie)	00:01:49
9	11 Arbeit an vorbewusstem Material (Psa)	00:01:43
10	67 Neue Sinn- u. Bedeutungszusammenhänge ... erschließen (EGIS)	00:01:41

Tabelle 2: Die 10 Interventionen mit den längsten Intervalldauern bis zur nächsten Intervention

Hier wird deutlich, dass insbesondere Interventionen von kreativ (*EGIS*) bzw. körperorientierten Verfahren (*IBP*, *IBP*, *SGBAT*) in der Therapiestunde nachfolgend größere Zeiträume in Anspruch nehmen und dass allgemeine, unspezifische Interventionen nicht zu den Interventionen gehören, in deren Gefolge größere Zeiträume beansprucht werden, obwohl sie den Großteil aller psychotherapeutischen Interventionen ausmachen.

F Zitierte Literatur

- 1 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
- 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
- 3 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
- 4 Smith ML, Glass GV, Miller TC. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
- 5 Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- 6 Kolata GB. Drug found to help heart attack survivors. *Science* 1981; 214: 774-775
- 7 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
- 8 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
- 9 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>
- 10 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)
- 11 Wampold BE. The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001
- 12 Perepletchikova F. Commentary. Treatment integrity and differential treatment effects. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009; 16: 379-382
- 13 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
- 14 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
- 15 Tschuschke V, Koemeda-Lutz M, Schlegel M. PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2014
- 16 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
- 17 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

- 18 Schüßler G. Everybody has won the prize? Oder die Blinden und der Elefant: Was wirkt in der Psychotherapie? *Psychiatrie & Psychotherapie* 2009; 4: 152-160
- 19 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)
- 20 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