

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz

1	Auftraggeber	2
2	Naturalistischer Forschungsansatz	2
3	Untersuchte Therapiemethoden und Stichprobengrösse.....	4
4	Fragestellungen.....	5
5	Messinstrumente.....	5
6	Ablauf der Datenerhebung.....	7
6.1	Psychotherapiepatienten/-patientinnen.....	7
6.2	Untersuchung der therapeutischen Interventionen.....	11
6.3	Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Behandlung	13
7	Ethischer Aspekt/Datenschutz.....	14
8	Zeitplan	14
9	Kosten.....	14
10	Literatur	14

1 Auftraggeber

Die Schweizer Charta für Psychotherapie betraut Prof. V. Tschuschke, (Klinikum der Universität zu Köln) und Prof. H. Grünwald (Hochschule für Angewandte Psychologie, HAP, Zürich) als gemeinsame Projektleiter, mit der Erforschung der Wirksamkeit (Ergebnis- und Prozessmessungen) verschiedener psychotherapeutischer Verfahren der ambulanten Praxis in der Schweiz.

2 Naturalistischer Forschungsansatz

Die Studie bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. In der Schweiz besteht, im Gegensatz zu anderen Ländern, noch eine breite Vielfalt an Verfahren. Aus diesem Grund bietet sich mit dieser Studie die einmalige Chance, alle Therapieverfahren mit denselben theorieübergreifenden Wirksamkeitskriterien zu untersuchen und mit dem schulenspezifischen Vorgehen in Beziehung zu setzen. Eine solche Studie ist besonders wertvoll, weil sie Aussagen zur gesundheitspolitischen Debatte über die Bedeutung der Vielfalt von Psychotherapiemethoden machen kann, die der Vielfältigkeit der Menschen, ihrer Persönlichkeitsunterschiede und Präferenzen entspricht.

Die Charta plant eine *naturalistische quasi-experimentelle Studie*, obwohl derzeit noch immer randomisierte kontrollierte Studien (RCT) als Goldstandard der Psychotherapieforschung betrachtet werden (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

RCTs werden jedoch immer wieder für die Art und Weise kritisiert (Tschuschke, 2005), in der sie durchgeführt werden, unter anderem mit folgenden Argumenten:

In RCTs werden nicht die PatientInnen untersucht, die in der psychotherapeutischen Praxis anzutreffen sind: Grosse Teile potentieller PatientInnen werden anhand restriktiver Ein- und Ausschlusskriterien von der Teilnahme an RCTs ausgeschlossen (oft 2/3 der gescreenten PatientInnen, vgl. Westen & Morrison, 2001). Beispiele für Ausschlusskriterien:

- Komorbidität (Morrison et al., 2003; Humprey & Weisner, 2000)
- Subklinische Ausprägung (Stirman et al., 2003; Mulder et al., 2000)
- Anpassungsstörungen (Stirman et al., 2003)

Gerade für solche PatientInnengruppen wären Ergebnisse der Psychotherapieforschung für praktizierende TherapeutInnen von hoher Relevanz.

Die Ergebnisse von RCTs bilden die Wirksamkeit therapeutischer Verfahren nicht angemessen ab:

- RCTs überschätzen die Effektstärken therapeutischer Interventionen im Vergleich zu naturalistischen Studien. Die Zahl der Ausschlusskriterien korreliert massiv ($r=0.71$) mit den Effektstärken von Prä-Post-Messungen, auch der Prozentsatz ausgeschlossener PatientInnen korreliert deutlich mit dem Prozentsatz von PatientInnen, deren Symptomatik nach der Behandlung gebessert ist ($r=0.41$) (Westen & Morrison, 2001).
- Dauer: Die Therapiedauer in RCTs liegt weit unter den realen Behandlungszeiten in der Praxis (Morrison et al., 2003)

Naturalistischen Studien kommt eine erhöhte externe ökologische Validität zu. Sie zielen auf generalisierbare Resultate ab (z.B. Grünwald & von Massenbach 2003; Koemeda-Lutz et al. 2003; 2006). RCT-Studien erreichen eine hohe interne Validität, dafür eine niedrige externe. Sie ermöglichen spezifische Aussagen zu spezifischen Fragen, die Resultate sind aber nicht ohne weiteres generalisierbar.

Die Psychotherapieforschung ist sich dieser Problematik der Vor- und Nachteile der beiden Studiendesigns bewusst. Der wissenschaftliche Diskurs tendiert neuerdings dazu, naturalistische Praxisstudien, welche mittels sorgfältig ausgesuchter Erhebungsinstrumente nicht nur Outcome-Forschung sondern auch Prozessmessungen zulassen, sowie ein Selbst- und Fremdrating kombinieren, gegenüber RCT-Studien aufzuwerten (Tschuschke, 2005).

Eine sorgfältig angelegte naturalistische Studie ermöglicht Verfahren, deren Vertreter sich den Anforderungen von RCTs nicht stellen wollen oder können, unter klinisch und ethisch angemessenen Bedingungen zu forschen und zu arbeiten. Ihre Ergebnisse können helfen, die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren sowie die aus dieser Bewertung abzuleitenden Konsequenzen auf eine breitere, wirklichkeitsangemessene Grundlage zu stützen (Tschuschke et al. 1994, 1995, 1997, 1998; Tschuschke & Kächele 1998).

3 Untersuchte Therapiemethoden und Stichprobengrösse

In der nächsten Tabelle sind die zu untersuchenden Therapieverfahren aufgelistet.

	Methode	Institute bzw. Verbände
Körper- psychotherapie	1. Bioenergetische Analyse nach Alexander Lowen	Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT)
	2. Integrative Körperpsychotherapie nach Jack Lee Rosenberg	Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP)
Tiefenpsychologie	3. Analytische Psychologie nach C.G. Jung	C. G. Jung-Institut Zürich; Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP)
	4. Psychoanalyse	Institut für Psychoanalyse Zürich-Kreuzlingen (IfP)
Humanistische Psychotherapie	5. Transaktionsanalyse	Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA)
	6. Gestalttherapie	Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SGV)
	7. Existenzanalytische Therapie	Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie (IGEAP); Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE)
Integrative Psychotherapie	8. Kunst- & ausdrucksorientierte Psychotherapie	Institut für selbständige und interdisziplinäre Studien (ISIS)
Therapieverfahren, die in der Charta nicht ver- treten sind	9. Systemische Therapie	N.N.
	10. Kognitive Verhaltenstherapie	N.N.
PatientInnen ohne Psychotherapie	11. Behandlung ausschliesslich durch die HausärztIn (Pharmakotherapie und ärztliche Gespräche)	N.N.

Tab. 1 Untersuchte Methoden

In dieser umfangreichen Wirksamkeitsvergleichsstudie werden auch die zwei wichtigsten charta-externen Verfahren – die Verhaltenstherapie und die systemische Therapie – untersucht. Hausärztliche Behandlungen dienen als zusätzliche Kontrollgruppe.

Pro Therapiemethode werden 90 Patienten, Patientinnen rekrutiert, 30 davon mit einer Depression als Hauptdiagnose.

Die Studie wird in der *Deutschschweiz* und in der *Romandie* durchgeführt, nämlich in den Städten Zürich, Basel, Bern, St. Gallen und Lausanne.

Die Datenerhebung findet einerseits in der *ambulanten Praxis* der behandelnden Therapeuten, Therapeutinnen statt, andererseits werden *Assessment Centers* eingerichtet, in denen eine neutrale und unabhängige Beurteilung der Patienten, der Patientinnen stattfinden soll. Für jedes der 5 Assessment Centers wird als Experte, Expertin für die Diagnostik ein erfahrener Therapeut oder eine erfahrene Therapeutin rekrutiert und in den Beurteilungsmethoden SKID und OPD geschult. In der Stadt Zürich wird die grösste Anzahl Probanden, Probandinnen erwartet.

4 Fragestellungen

- Welches ist der generelle Nutzen der verschiedenen Therapieverfahren? Kann eine spezifische Wirksamkeit im Vergleich unterschiedlicher Behandlungskonzepte belegt werden?
- Gibt es Unterschiede von Zeit-Dosis-Wirkungsbeziehungen bezüglich vergleichbarer PatientInnen-Gruppen, die für die verschiedenen beteiligten Therapieverfahren belegt werden können?
- Gibt es Hinweise, welche Therapieverfahren für welche PatientInnen und welche Diagnosen besonders geeignet sind?

5 Messinstrumente

Die Messbatterie verknüpft theorieübergreifende und schulenspezifische Erfolgs- und Wirksamkeitskriterien verschiedener therapeutischer Grundorientierungen. Bei der *Auswahl der allgemeinen Indikatoren* des Behandlungserfolges und der Prozessqualität richten wir uns nach dem aktuellen Stand der etablierten Praxisforschung (Empfehlungen der Society for Psychotherapy Research). Unter anderem gehören Indikatoren dazu, die für den Laien nachvollziehbar sind, wie die Verminderung der Symptombelastung oder die verbesserte Lebensbewältigung. Bei der *Auswahl von schulspezifischen Kriterien* werden solche von den fünf einbezogenen Therapiemainstreams berücksichtigt: Tiefenpsychologie, humanistische Therapie, Körperpsychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Um die Therapiemethoden aus den unterschiedlichen Perspektiven zu untersuchen, werden sowohl verhaltens- als auch persönlichkeitszentrierte Masse erhoben. Konkret bedeutet dies z.B., dass tiefenpsychologische Therapien sowohl mit Messmethoden aus der verhaltenstherapeutischen wie auch aus der tiefenpsychologischen Forschung untersucht werden. So kann z.B. auch untersucht werden, ob VT-PatientInnen bezüglich "unbewusster Konflikte" Veränderungen aufweisen.

Ergebnis- und Prozessmessungen erfolgen aus den drei Perspektiven PatientIn, TherapeutIn und externer ExpertIn

Im Folgenden sind die Messinstrumente thematisch aufgegliedert. Mit einem Stern sind solche gekennzeichnet, die auch als französische Version verfügbar sind bzw. auf Französisch erhoben werden können.

Ergebnismessung

a) Selbsturteil des Patienten, der Patientin

- **OQ-45* (Outcome Questionnaire; Lambert et al, 1996; Lambert et al, 2002):** Dieses ökonomische und in den USA verbreitete Qualitätssicherungsinstrument misst wesentliche Bereiche der psychotherapeutischen Veränderung wie Symptombelastung, interpersonelle Beziehungen und soziale Integration. Der Fragebogen ist sowohl für Ergebnismessun-

gen als auch für therapiebegleitende Veränderungsmessungen konzipiert und ermöglicht gezielte Aussagen zu Zeit-Dosis-Wirkungsbeziehungen nach dem Phasenmodell von Howard et al. (1993) (Dauer 5 Min.).

- **BSI* (Brief Symptom Inventory; Franke, 2000):** Fragebogen zur Messung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome auf folgenden 9 Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus (Dauer 12-15 Min.).
- **BDI* (Beck Depression Inventory; Hautzinger et al, 1994):** Fragebogen zur Erfassung der affektiven, kognitiven, motivationalen, somatischen und verhaltensmässigen Komponenten der Depression (Dauer 10 Min.).
- **SOC-9 (Sense of Coherence; Antonovsky, 1987):** Vertrauen in sich selbst und in die eigene Umwelt (Dauer 5 Min.).
- **K-INK (Inkongruenzfragebogen Kurzversion; Grosse-Holtforth & Grawe, 2003):** Das Konstrukt der motivationalen Inkongruenz, das aus der Konsistenztheorie von Grawe stammt, wird als unzureichende Umsetzung der Ziele in Interaktion mit der Umwelt definiert. Es wird zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen unterschieden (Dauer 5 Min.).
- **FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider et al., 1989):** Dieser Fragebogen berücksichtigt vier Aspekte der Behandlungsmotivation: Krankheitserleben (Leidensdruck), Behandlungserwartungen, Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und Initiative (Dauer 10 Min.).

b) Fremdurteil durch den externen Untersucher, die externe Untersucherin

- **SKID-I und -II* (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Wittchen et al., 1997):** Das Interview dient der Abklärung der Diagnosekriterien für die verschiedenen psychischen Störungen nach DSM-IV (Dauer 105 Min.)
- **GAF* (Global Assessment of Functioning; Sass et al., 2003):** Bei dieser Skala handelt es sich um ein 100-Punkte-Kontinuum, auf dem die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der PatientInnen eingeschätzt wird.
- **GARF* (Global Assessment of Relational Functioning; Sass et al., 2003; Endicott et al., 1976):** Es ist eine Variante der GAF-Skala, um das Funktionsniveau von Beziehungen in der Familie oder Partnerschaft in Bezug auf affektive und lebenspraktische Aspekte zu bewerten.
- **OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; Arbeitskreis OPD, 2006) Achse 3 und 4:** Interviewleitfaden zur Beurteilung der unbewussten Konflikttypen und des Ausmasses der strukturellen Gestörtheit bzw. Störbarkeit (Dauer 60 Min.)

Um eine gute Qualität des externen Ratings zu gewährleisten, werden die Rater, Raterinnen in der Anwendung der beiden Verfahren SKID und OPD geschult, und ihre Urteilsübereinstimmung wird zu Beginn der Studie überprüft.

Prozessmessung

a) *Selbsturteil des Patienten, der Patientinnen*

- **Klienten-Stundenbogen Minimalform (Grawe & Braun, 1994) und HAQ-S * (Helping Alliance Questionnaire; Bassler et al., 1995):** Beide Fragebögen erfassen Aspekte wie die Beziehungszufriedenheit, die Perspektivenerweiterung, die Intensität der Problembearbeitung, sowie positive und negative Emotionen während der Sitzung (Aufwand 5 Min.)
- **FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider et al., 1989):** Dieser Fragebogen berücksichtigt vier Aspekte der Behandlungsmotivation: Krankheitserleben (Leidensdruck), Behandlungserwartungen, Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und Initiative (Aufwand 10 Min).

c) *Fremdurteil durch den behandelnden Therapeuten, die behandelnde Therapeutin*

- **Stundenprotokollbogen:** Darauf wird das Datum jeder Therapiesitzungen und ev. Bemerkungen protokolliert.
- **HAQ-F (Gross und Riedel, 1995):** Es ist die TherapeutInnen-Version des HAQ-S.
- **Interventionsbogen:** Es handelt sich um eine Serie von methodenspezifischen und allgemeinen Interventionslisten in Form von Ratingskalen, die in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Instituten erarbeitet wurden. Zu diesen Listen liegt ein Manual mit detaillierten Definitionen vor. Der Therapeut / die TherapeutIn schätzt nach jeder Sitzung seine / ihre Interventionen ein. Bei drei zufällig ausgewählten Therapiesitzungen werden die durchgeführten Interventionen von zwei zusätzlichen RaterInnen beurteilt. Für diesen Zweck werden alle Therapiesitzungen auf Tonband aufgenommen.

Weitere Erhebungsbogen

- **Basisdokumentation-PatientIn-Eintritt / Austritt :** Allgemeine Informationen zum Patient, zur Patientin, wie Alter, Beruf, Arbeitsfähigkeit, Medikamente, Kostenträger, usw. Die Basisdokumentation wird einmal bei Beginn und einmal am Schluss der Therapie vom behandelnden Therapeuten / von der behandelnden Therapeutin ausgefüllt.
- **Basisdokumentation-TherapeutIn:** Allgemeine Informationen zum behandelnden Therapeut/zur behandelnden Therapeutin, wie Ausbildungen, berufliche Tätigkeiten, usw.

6 Ablauf der Datenerhebung

6.1 Psychotherapiepatienten/-patientinnen

Rekrutierung und Prä-Messung

Innerhalb der ersten 18 Monate der Studie verpflichten sich die teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen, alle Patienten und Patientinnen, die neu um einen Therapieplatz ansuchen, zur Mitwirkung an der Studie einzuladen. Jeder an der Studie teilnehmende Therapeut, jede teilnehmende Therapeutin führt eine *Patientenliste*. Auf dieser Liste werden *alle* neuen Anmeldungen eingetragen (ID-Nummer, Datum des Erstkontaktes) und der Entscheid für die Teilnahme an der Studie bzw. Gründe für den Ausschluss angegeben (kein Therapieauftrag/ Ablehnung der PatientIn). Die Patientenliste dient dazu, Angaben über die *Repräsentativität* der Stichprobe zu gewinnen.

Im Folgenden werden die verschiedenen Ablaufschritte der Datenerhebung erläutert und in Abbildung 1 und 2 grafisch dargestellt.

1.) Erste Therapiesitzung:

- Der Therapeut, die Therapeutin generiert für jede neue Patientin, jeden neuen Patienten eine **ID-Nummer** nach dem folgenden Prinzip: **Code der TherapeutIn** (wird vor Beginn der Studie von der Projektkoordinationsstelle vergeben) und eine **fortlaufende Zahl** (Beispiel: Die neunte Patientin der Therapeutin 1C erhält die ID-Nummer 1C-9). Die ID-Nummer wird auf der **Patientenliste** eingetragen und bei der Anmeldung für das Assessment an die Projektkoordinationsstelle weitergegeben.
- Der Patient, die Patientin wird über die Studie informiert und erhält das **Informationsblatt**.

2.) Nach der 2.-3. Sitzung:

- Der Patient, die Patientin entscheidet sich bezüglich der Teilnahme an der Studie. Im Falle einer Einwilligung unterschreibt er, sie die **Einverständniserklärung**.
- Der Therapeut/die Therapeutin meldet den Patienten/die Patienten bei der Koordinatorin / dem Koordinator der Assessments in der eigenen Region an. An diese Person wird folgendes weitergegeben: ID-Nummer, Namen und Telefonnummer des Patienten/der Patientin, und die Angabe, dass es sich um den Beginn der Therapie handelt. Die Koordinatorin / der Koordinator klärt ab, wer das Assessment durchführen kann. Der betreffende Rater / die betreffende Raterin ruft den Patienten / die Patientin an und vereinbart mit ihm / ihr einen Assessment-Termin.
- Der Therapeut, die Therapeutin füllt die **Basisdokumentation-Eintritt** aus und verschickt diese zusammen mit der Einverständniserklärung an die Projektkoordinationsstelle.

3.) Vor der 5. Sitzung

- Im **Assessment Center** wird das externe Interview (SKID, OPD, GAF, GARF) durchgeführt. Danach erhält der Patient, die Patientin die Fragebogen betreffend die Prä-Messung (OQ-45, BSI, BDI, SOC-9, K-INK, FMP). Das ganze Assessment (inkl. Ausfüllen der Selbststratingbogen) dauert 3-4 Stunden.

Prozess-/ Zwischenmessungen

4.) Bei bzw. nach jeder Sitzung

- Der Therapeut, die Therapeutin macht eine digitale Tonaufzeichnung der Therapiestunde füllt anschliessend den Interventionsbogen aus.
- Der Therapeut, die Therapeutin protokolliert das Datum der Sitzung auf dem Stundenprotokollbogen

5.) Nach jeder 5. Sitzung

- Der Patient, die Patientin füllt nach der Sitzung in der therapeutischen Praxis den **HAQ-S**, den **Klientinnen-Stundenbogen** und den **OQ-45** aus und verschliesst die Fragebögen in einem Kuvert.
- Der Therapeut, die Therapeutin füllt den **HAQ-F** aus.
- Der Therapeut, die Therapeutin verschickt die ausgefüllten Fragebogen (inkl. Interventionsbögen der letzten 5 Sitzungen) an die Projektkoordinationsstelle.

Post-Messung bei einem Therapieabschluss im gegenseitigen Einverständnis

6.) Letzte Therapiesitzung bzw. 6 Jahre nach Studienbeginn, falls die Therapie bis dann noch nicht abgeschlossen ist

- Der Therapeut/die Therapeutin meldet den Patienten / die Patienten bei der Koordinatorin / dem Koordinator der Assessments in der eigenen Region an. An diese Person wird folgendes weitergegeben: ID-Nummer, Namen und Telefonnummer des Patienten/der Patientin, und die Angabe, dass es sich um die Beendigung der Therapie handelt. Die Koordinatorin / der Koordinator klärt ab, wer das Assessment durchführen kann. Der betreffende Rater / die betreffende Raterin ruft den Patienten / die Patientin an und vereinbart mit ihm / ihr einen Assessment-Termin
- Der Therapeut, die Therapeutin füllt die *Basisdokumentation-Austritt* aus und verschickt diese mit dem Stundenprotokollbogen und den restlichen Interventionsbogen an die Projektkoordinationsstelle.
- Die Projektkoordinationsstelle meldet sich beim Therapeuten / bei der Therapeutin und fordert eine bestimmte Anzahl *zufällig ausgewählter Sitzungen* ein.
- Der Therapeut / die Therapeutin brennt die Tonaufnahmen der verlangten Sitzungen auf *CD* und verschickt diese an die Projektkoordinationsstelle.

7.) Spätestens 2 Wochen nach der letzten Therapiesitzung bzw. 6 Jahre nach Studienbeginn, falls die Therapie bis dann noch nicht abgeschlossen ist

- *Assessment* wie bei Beginn der Therapie

Post-Messung bei einem Therapieabbruch oder –unterbruch

Sowohl bei einem Abbruch als auch bei einem Unterbruch wird die Post-Messung angestrebt. Die Post-Messung erfolgt entweder wie Punkt 6 und 7, oder indem die Projektkoordinationsstelle den Patienten, die Patientin kontaktiert und ihn, sie zum zweiten Assessment einlädt.

Der Therapeut, die Therapeutin verpflichten sich, einen Therapieabbruch oder -unterbruch der Projektkoordinationsstelle zu melden. Liefert der Therapeut, die Therapeutin während einer Zeitspanne von 6 Monaten keine Prozessmessung, so gilt die Therapie als unterbrochen und die Projektkoordinationsstelle klärt den Fall ab.

Katamnese

8.) 1 Jahr nach Therapieabschluss

- Der / die verantwortliche externe RaterIn kontaktiert den Patienten / die Patientin und vereinbart einen Termin für das dritte Assessment.
- *Assessment* gleiches Interview und Fragebögen wie beim ersten Assessment, zusätzlich *Basisdokumentation Katamnese*

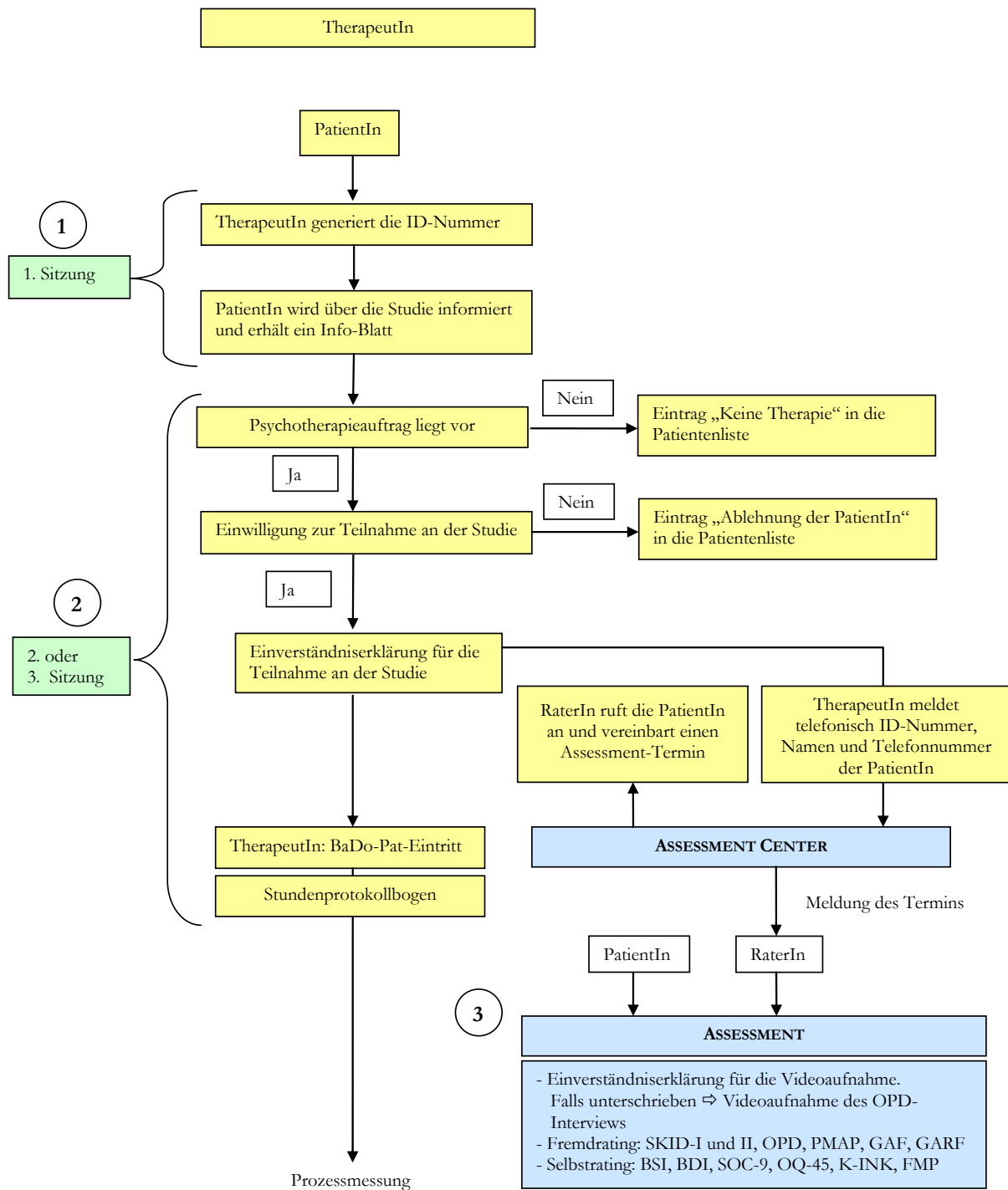


Abb. 1 Rekrutierung der PsychotherapiepatientInnen, Prä-Messung. Die eingekreisten Ziffern entsprechen den oben genannten Schritten.

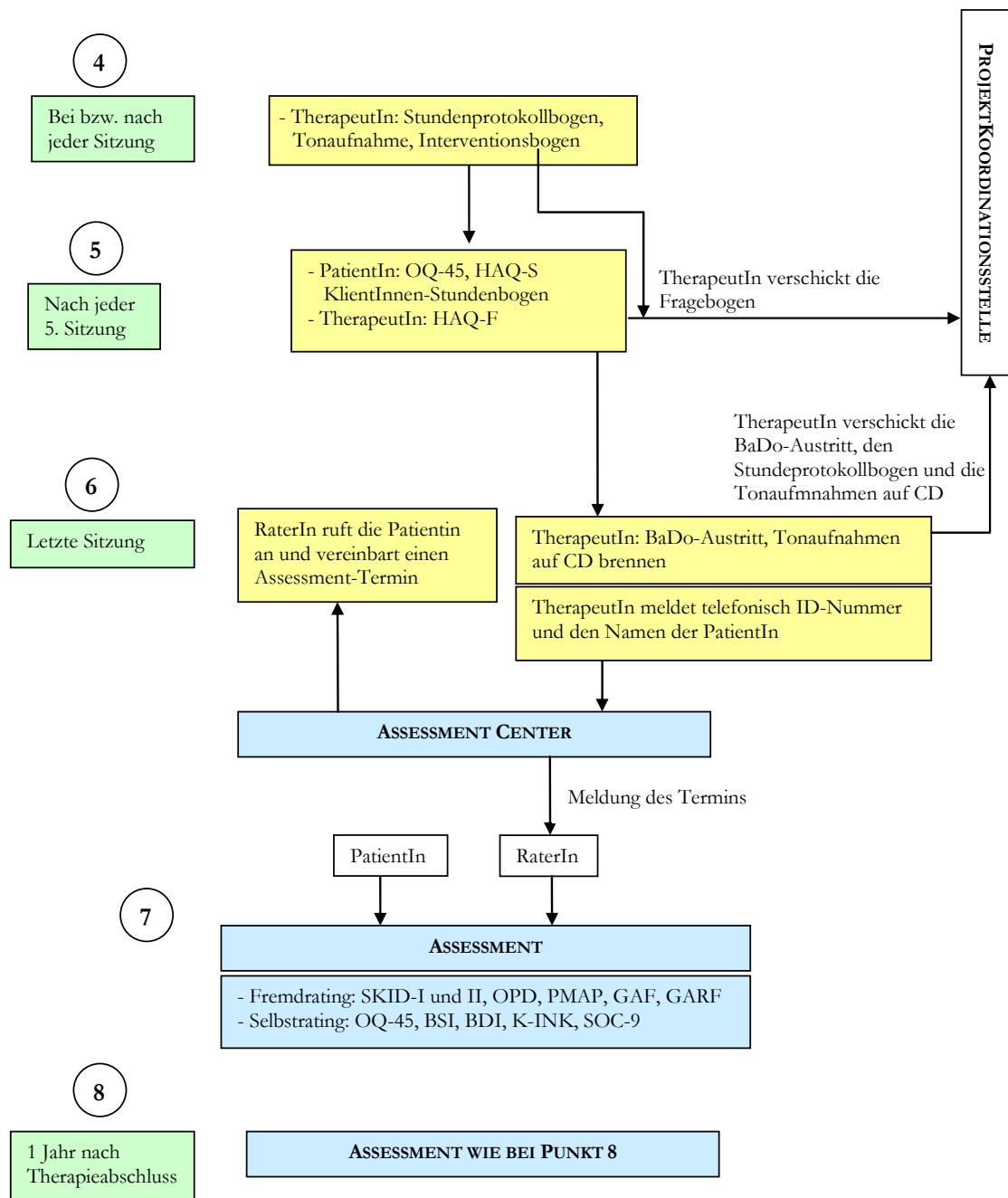


Abb. 2 Prozess-, Post-Messung und Katamnese mit den PsychotherapiepatientInnen. Die eingekreisten Ziffern entsprechen den oben genannten Schritten.

6.2 Untersuchung der therapeutischen Interventionen

Hypothese

Hier wollen wir folgende Annahme untersuchen: *Verschiedene Therapiemethoden haben theoretisch zwar verschiedene Interventionen, die verschieden bezeichnet und definiert sind, aber im Grunde genommen gibt es*

viele Gemeinsamkeiten in ihrer Technik. **H1: Wir erwarten keine signifikanten Unterschiede in den Interventionstechniken zwischen den verschiedenen Therapieschulen.**

Es kommt noch dazu, dass viele Therapeuten in ihre Ausbildung oder im Laufe ihrer Tätigkeit, Techniken aus verschiedenen Therapiemethoden erlernen bzw. damit experimentieren. Es gibt vermutlich einen Trend zum allgemeinen integrativen Ansatz.

Wir haben einen Katalog mit 24 allgemeinen und 70 methodenspezifischen Interventionen entwickelt. Letzterer wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der teilnehmenden Institute erarbeitet, die vorerst den Auftrag bekamen, die zehn bis zwanzig wesentlichen Interventionen ihrer Methoden aufzulisten und zu definieren. Die Auswahl der allgemeinen Interventionen ist ähnlich wie bei der Therapist Intentions List von Hill und O'Grady (1985). Der Interventionskatalog ist in zwei Formen vorhanden: als **Interventionsliste** mit Fragebogenitems für die behandelnden Therapeuten und als **Rating-Manual** für die externen Beurteiler.

Tab. 2 bzw. Abb. 3 zeigen ein Beispiel für die erste Form bzw. die zweite Form.

Die externen Beurteiler bestimmen bei jeder Tonbandaufnahme (eine Therapiesitzung), welche der 94 Interventionen ihrer Einschätzung nach vorkommen (dichotomes Rating, d.h. kommt vor/ kommt nicht vor).

	gar nicht	sehr oft / sehr intensiv
1. den spontanen Atem kommentiert / beobachten lassen / mit dem Atem gearbeitet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Körperempfindungen / muskuläre Spannungsmuster beobachten lassen / kommentiert / mit ihnen gearbeitet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. eine Beziehung zwischen verbalen Mitteilungen und körperlichen Vorgängen kommentiert / exploriert / damit gearbeitet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. bioenergetische Übungen sensu Lowen vorgeschlagen und angeleitet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. Körpersignale aufgenommen und in Motorik umsetzen lassen und / oder dazu angeleitet, verbale Äusserungen in Handlung zu übersetzen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. Mimik, Gestik, Körperhaltung wahrgenommen, angesprochen und / oder Veränderungen angeregt	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. die Affektregulation der Patientin / des Patienten in einem bestimmten Bereich thematisiert und / oder eine Veränderung zu erreichen versucht	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. die psychisch und somatisch erlebte Übertragung analysiert / exploriert / kommentiert	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. dazu angeleitet, bestimmte Aspekte der therapeutischen Beziehung als leibseelischen Zustand erleben zu lassen und / oder eine Veränderung angeregt	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. psychisch und somatisch erlebbare Gegenübertragungsphänomene wahrgenommen / mitgeteilt / damit gearbeitet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Tab. 2 Beispiel einer Interventionsliste für die teilnehmenden Therapeuten: Bioenergetische Therapie und Analyse.

Auswahl der Therapiesitzungen für das externe Rating

Von jeder Therapie werden drei zufällig ausgewählte Sitzungen ausgewertet: eine am Anfang, eine in der Mitte und eine am Schluss der Therapie. Therapeut und Patient werden nicht im Voraus informiert, welche Sitzungen gewählt werden. Der Therapeut nimmt jede Sitzung auf Tonband auf. Wird die Aufzeichnung innerhalb einer Woche von der Projektkoordinationsstelle nicht eingefordert, kann sie mit der nächsten Sitzung überspielt werden.

Interraterreliabilität

Jede der erhobenen Tonbandaufnahmen wird von mindestens zwei Ratern, Raterinnen beurteilt. Stimmen die Bewertungen der Rater, Raterinnen überein, dann gelten diese als „objektiv“ (Unabhängig vom Beobachter). Die Objektivität wird mit einem Zusammenhangsmass (z.B. Korrelation) quantifiziert.

Affektregulation (SGBAT)

DEFINITION: Die Affektregulation der Patientin innerhalb eines bestimmten Bereichs wird von der TH thematisiert bzw. sie versucht eine Veränderung derselben zu erreichen.

OPERATIONAL:

TH spricht den Umgang der Patientin mit einem bestimmten Gefühl an:

- **in ihrem aktuellen Alltagsleben**
- **bezüglich auftauchender Erinnerungen**
- **Gefühle, die in der Beziehung zur Therapeutin entstehen**
- **zur Exploration, Vertiefung oder zum besseren Verständnis**
- **gibt eine Anregung zur Veränderung**

ANKERBEISPIELE:

1. Th.: „Eines ihrer Therapieziele war, dass Sie lernen, ‚Nein‘ zu sagen. Haben Sie den Eindruck, Sie sind diesem Ziel schon ein Stück näher gekommen?“
2. Th.: „Wäre es dann aus ihrer Sicht ein Behandlungsziel, früher als bisher zu merken, wenn es Ihnen wieder schlechter geht?“
3. Th.: „Was möchten Sie durch diese Therapie erreichen? Was sind Ihre Therapieziele? Welche Ziele sind Ihnen wichtig? Welches Ziel verfolgen Sie mit dieser Therapie?“
4. Th.: „Hatten Sie nicht „Selbständigkeit“ als ein wichtiges Behandlungsziel deklariert?“
5. Th.: „Wenn Sie einmal darüber nachdenken, welche Behandlungsziele wir zu Beginn der Behandlung festgelegt haben, welche haben Sie schon erreicht? An welchem möchten Sie als nächstes arbeiten? Welches ist noch in weiter Ferne?“
6. Th.: „Welches sind Ihre Behandlungsziele? Und können wir diese einmal hierarchisch ordnen? Das Wichtigste bekommt die Nummer 1, das nächste dann die Nummer 2 etc.“

Abb. 3 Beispiel einer Definition aus dem Rating-Manual für die externen Beurteiler

6.3 Kontrollgruppe ohne psychotherapeutische Behandlung

Für die Patienten, Patientinnen, welche *nur* vom Hausarzt, von der Hausärztin betreut werden, werden die gleichen Outcome-Messinstrumente eingesetzt wie bei den Psychotherapiepatienten. In den ersten 18 Monaten der Studie schicken die Ärzte, die Ärztinnen Patienten, Patientinnen mit einer psychischen Störung zum Assessment Center für eine erste Messung. Zusätzlich füllt der Arzt, die Ärztin die Basisdokumentation aus. **18 Monate** bzw. **30 Monate** später wird der Patient, die Patientin von der Projektkoordinationsstelle kontaktiert und zu einem zweiten Assessment eingeladen (Äquivalente einer Post-Messung bzw. Katamnese). Für die Patienten, Patientinnen dieser Kontrollgruppe wird keine Prozessmessung durchgeführt.

7 Ethischer Aspekt/Datenschutz

Die Teilnahme der Patienten, Patientinnen beruht auf deren vollkommenen Freiwilligkeit. Es wird ihnen eine gleichwertige Behandlung zugesichert, auch wenn sie die Teilnahme ablehnen. Teilnehmer, Teilnehmerinnen werden zudem darüber informiert, dass sie zu jedem Zeitpunkt ohne Erklärung ihrer Beweggründe und ohne negative Folgen für ihre laufende Behandlung von der Studienteilnahme zurücktreten können.

Die Anonymisierung aller Daten wird garantiert.

Zwischen Auftraggeberin und teilnehmenden Institutionen einerseits, den Projektleitern andererseits werden alle Fragen der Ethik und der Kooperation in Verträgen geregelt. Das Studiendesign wird der Ethikkommission des Kantons Zürich zur Gutheissung vorgelegt.

8 Zeitplan

Die Studie ist auf 7 Jahre angelegt (2006 - 2012), damit nicht nur Kurztherapien sondern auch länger dauernde Therapien erfasst werden können.

März 2006 – Dezember 2006	Aufbauphase: Aufbau der Assessment Centers, Rekrutierung und Instruktion der TherapeutInnen, der ÄrztInnen und der Assessment-RaterInnen; Testphase
Januar 2007 – Dezember 2012	Rekrutierung der PatientInnen (Psychotherapie, Kontrollgruppe), Prä-Messung Post-Messung Katamnese

9 Kosten

Es wird mit einem Kostenrahmen von ca. 1,7 Millionen Franken gerechnet, das heisst ca. 240'000 Franken pro Jahr. Die beteiligten Institutionen und deren Einzelmitglieder vermögen etwa die Hälfte der Kosten aufzubringen. Es wird eine Fremdfinanzierung der Studie von zirka einer Million Franken durch Gönner und Sponsoren angestrebt. Für eine Beteiligung des DORE-Fonds (einer Abteilung des Nationalfonds für praxisorientierte Forschung der Fachhochschulen) wurde ein Gesuch eingereicht.

10 Literatur

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Arlington: APA.
- Anthenien L; Grünwald HS (1996). Qualitätssicherung in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung. Drei Jahre Erfahrungen mit einem Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis. *Schweizerische Ärztezeitung*, 35.
- Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.

- Bassler M, Potratz B & Krauthauser H (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.) (2001). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen* (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 2). Darmstadt: Steinkopff.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss J & Cohen J (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archive of General Psychiatry*, 33, 776, 771.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Gaebel W & Falkai P (2001). *Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen* (Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd. 5). Darmstadt: Steinkopff.
- Grawe K & Braun U (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Gross, A & Riedel, WP (1995). *Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung. Eine Analyse mit Hilfe von SASB*. Regensburg: Roderer.
- Grosse-Holtforth M & Grawe K (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 315-323.
- Grünwald HS & Massenbach K (2003). Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie. Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 1-8.
- Grünwald HS, Anthenien L (1997). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychiatrie. Ein Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO). *Psychoscope*, 18, 7-10.
- Grünwald HS, Hegemann U, Eggel T. & Anthenien L. (1999). Ergebnisqualität systemischer Therapie. Ein Praxisbericht aus der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung des Psychiatriezentrums Oberwallis (PZO) in Brig, Schweiz. *System Familie*.
- Grünwald HS, Keller C, Kiss A & Cramer A (2001-2005). 1.-7. QS-Report der Integrierten Psychiatrie Winterthur IPW. Im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Integrierten Psychiatrie Winterthur IPW.
- Haug S, Puschner B, Lambert MJ & Kordy H (2004) Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 141-151.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H & Keller F (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Howard KI, Lueger RJ, Maling MS & Martinovic Z (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 61, 678-685.
- Humphrey, K. & Weisner, C. (2000). Use of exclusion criteria in selecting research subjects and its effect on the generalizability of alcohol treatment outcome studies. *Am J Psychiatry*, 157, 588-594.
- Koemeda-Lutz M; Kaschke M, Revenstorff D, Scherrmann T, Weiss H & Soeder U (2003) Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. *Psychotherapie Forum* 11: 70-79.
- Koemeda-Lutz M; Kaschke M, Revenstorff D, Scherrmann T, Weiss H & Soeder U (im Druck) Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK -Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz. *PPmP*
- Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC & Yanchar SC (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lambert MJ, Hannover W, Nisslmüller K, Richard M & Kordy H (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 31, 40-46.
- Leichsenring F (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 209-222.

- McCallum M & Piper WE (Psychological Mindedness Assessment Procedure (PMAP). In: Strauß, B., Eckert, J., Tschuschke, V. (Hrsg.): Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 87-102.
- Modestin J, Hanselmann F, Rüesch P, Grünwald HS & Meyer P (2003). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Sonderdruck*, 154, 127-38.
- Morrison KH, Bradley R & Westen D (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Mulder RT, Frampton C, Joyce PR & Porter R (2000). *Randomized controlled trials in psychiatry. Part II: their relationship to clinical practice*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 265-269.
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider W, Basler HD & Beisenherz B (1989). *FMP. Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz.
- Schweitzer J., Grünwald H.S. (2003). SYMPA: Vorschau auf ein Grossgruppenexperiment zur systemischen Therapie und Forschung in der Akutpsychiatrie. *Systeme*, 17, 36 – 46.
- Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M & Schulthess P (2002). Psychotherapie in der Schweiz: Struktur der Versorgung und Qualitätssicherung in der Ausbildung. *Psychotherapie Forum*, 10, 127-146.
- Seligman, MEP. (1995). The effectiveness of psychotherapy The consumer reports study. *Am Psychol* 50, 965-974.
- Stirman SW, DeRubeis RJ, Crits-Christoph P & Brody PE (2003). Are samples in randomised controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6,963-972.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and Dissemination of empirically-validated psychological treatments. Reports and recommendations. *Clin Psychol* 48, 3-23.
- Tschuschke, V. (1993). Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschuschke, V. (1996). Das „Psychological Mindedness-Einschätzungsverfahren (PMAP)“. (Unveröffentlicht. Manuskript.).
- Tschuschke, V. (2005) Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* (im Druck).
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). Psychotherapieforschung - Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. 1994. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48:430-444.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997) Zwischen Konfusion und Makulatur - Zum Wert der Berner Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tschuschke, V., Hölzer, M. u. Kächele, H. (1995) Ach du liebe "Güte" - Eine Einladung statt einer Erwidern. *Psychotherapeut* 40:304-308
- Tschuschke, V., Kächele, H. (1998) Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte. In: M. Fäh u. G. Fischer (Hrsg.): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Gießen
- Tschuschke, V., Kächele, H. u. Hölzer, M. (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39 (5):281-297
- Waltz J, Addis E. Koerner K & Jacobson NS (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.

13.03.2008

- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 6, 875-899.
- Wittchen HU, Zaudig M. & Fydrich T (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.