

# Bericht der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer

## Analysen zum medizinischen Nutzen der Gesprächspsychotherapie und Empfehlungen für die Stellungnahme zum „Bericht der Nutzenbewertung Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen“ des G-BA<sup>1</sup>

**Bernhard Strauß, Martin Hautzinger, Harald J. Freyberger, Jochen Eckert, Rainer Richter, Timo Harfst**

PDP 2008; 7: 92–123

Die Gesprächspsychotherapie ist ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie, das von seinen Vertretern als „dritter Weg“ in der Psychotherapielandschaft neben den psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren angesehen wird. Die Gesprächspsychotherapie zeichnet sich durch ein Menschenbild aus, das den Ressourcen von Menschen und deren Entwicklung vertraut, und durch ein Therapiekonzept, in dem die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung handlungsleitend ist.

Die Gesprächspsychotherapie wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers in den 40er Jahren (Rogers 1942, 1951) in deutlicher Abgrenzung von den damaligen theoretischen Hauptströmungen in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Psychoanalyse und dem Behaviorismus entwickelt. Rogers selbst definierte sein Therapiekonzept als eines, in dessen Mittelpunkt die psychotherapeutische Beziehung und deren Gestaltung stehen, und er betont die Notwendigkeit seiner wissenschaftlichen Überprüfung (1975, S. 17):

*„Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt; dass seine Hypothesen sich auf Material stützen, das aus therapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen gewonnen wurde, insbesondere auf Tonband- und Filmaufzeich-*

*nungen von Interviews, und dass diese Hypothesen der Überprüfung durch geeignete Untersuchungsmittel grundsätzlich offen stehen.“*

## Menschenbild

Das Menschenbild der Gesprächspsychotherapie ist geprägt durch eine phänomenologisch-existenzielle Grundposition.

Im Hinblick auf den therapeutischen Prozess formuliert Rogers (1951): *„Wir können Psychotherapie vom phänomenologischen Standpunkt aus definieren als die Vermittlung von Erfahrung, durch die das Individuum befähigt wird, angemessenere Differenzierungen des phänomenalen Selbst und seiner Beziehung zur äußeren Wirklichkeit vorzunehmen.“*

Für die Entwicklung zum Mensch-Sein ist für Rogers die Möglichkeit des In-Beziehung-Seins im Sinne von Buber von essenzieller Bedeutung. Vor dem Hintergrund dieser Annahme wird auch verständlich, dass er Psychotherapie als eine Art der Beziehungsaufnahme versteht, die es ermöglicht, das einem jeden Menschen innewohnende Wachstumspotenzial freizusetzen (siehe oben).

<sup>1</sup> Unter Mitarbeit von Dipl.-Psych. Helmut Kirchmann, Dipl.-Psych. Julia Schenk, Dipl.-Psych. Melanie Schützmann, Dipl.-Psych. Maja Trenner.

## Störungstheorie

Im Mittelpunkt der Störungstheorie der Gesprächspsychotherapie steht die Entwicklung der Struktur des Selbst, in der die subjektiven Erfahrungen repräsentiert sind und welche die Erfahrungen und Handlungen mitbestimmen und steuern kann. Bei dieser Entwicklung kann es zu Inkongruenzen zwischen Selbsterfahrungen und diesen Strukturen kommen. Diese Inkongruenzen können die Selbstregulation des Menschen in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlichen Funktionsbereichen beeinträchtigen.

Es gibt mehrere Ausformulierungen bzw. Weiterentwicklungen dieser Störungstheorie. In den letzten Jahren wurde vor allem versucht, mit Bezug zu akzeptierten entwicklungspsychologischen Theorien spezifische Bedingungen und Entwicklungslinien für einzelne Störungen aufzuzeigen (z.B. Biermann-Ratjen 1993, Eckert et al. 1993, Speierer 1994).

## Therapietheorie

Nach dem Konzept der Gesprächspsychotherapie kommen deren Effekte dadurch zu Stande, dass sie beim Patienten eine Öffnung für bisher abgewehrte Aspekte der Selbsterfahrung fördert und in der Folge eine Integration dieser abgelehnten Aspekte ermöglicht. Öffnung und Integration werden durch eine therapeutische Beziehung ermöglicht, die auf der Seite des Therapeuten durch Empathie, bedingungsfreie positive Beachtung und Kongruenz gekennzeichnet ist, die vom Patienten zumindest in Ansätzen auch wahr- und angenommen werden kann.

Die therapietheoretischen Annahmen von Rogers sind inzwischen durch Einbeziehung von systemtheoretischen und bindungstheoretischen Erkenntnissen ausformuliert worden (Höger 2007, Kriz 2004). Die Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie zur „klärungsorientierten Gesprächspsychotherapie“ (Sachse 2007) zieht zur Erklärung therapeutischer Veränderungsprozesse Ergebnisse der psychologischen

Grundlagenforschung, vor allem aus dem Bereich der Sprachpsychologie und der Kognitionspsychologie, heran.

## Neuere Definitionen von Gesprächspsychotherapie

Eine wesentliche Modifikation des ursprünglichen Konzeptes ist von Rogers selbst sehr früh vorgenommen worden: Er relativierte insbesondere die zentrale Bedeutung der Nicht-Direktivität des therapeutischen Handelns. Das fand seinen programmatischen Ausdruck in der Umbenennung von „nondirective“ in „client-centered Therapy“ (Rogers 1951). In Folge der Forschungsarbeiten zum psychotherapeutischen Prozess entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut gezielt den Verlauf des therapeutischen Prozesses zu steuern versucht mit dem Ziel, seinen Besonderheiten bei bestimmten Störungen gerecht zu werden bzw. spezifische Entwicklungen zu fördern. Dabei werden auch Methoden bzw. Techniken zur Erweiterung der „Selbstexploration“ oder der Erfahrungsprozesse des Patienten eingesetzt, die zum Teil eine Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie sind (z.B. Förderung von „Experiencing“ durch „Focusing“) sowie zum Teil aus anderen Therapieverfahren wie der Gestalttherapie und dem Psychodrama, übernommen worden sind. Vergleichbare Entwicklungen sind in dieser Hinsicht auch in der Psychodynamischen Psychotherapie und insbesondere in der Verhaltenstherapie zu beobachten, die ihrerseits einzelne Techniken und Methoden aus anderen Verfahren und anderen theoretischen Konzepten übernommen haben.

Zu den wesentlichen Weiterentwicklungen gehören das Focusing (Gendlin 1998), die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, jetzt „Klärungsorientierte Psychotherapie“ (Sachse 1992, 2007) genannt sowie die vor allem von Greenberg und Elliott (Greenberg et al. 1993, 2003) entwickelte Emotionsfokussierte Therapie (EFT) bzw. die Prozess-Erlebnisorientierte Therapie (PET) (z.B. Bischkopf, Greenberg 2007).

Eine Differenzierung der Beurteilung nach diesen einzelnen Formen oder Ansätzen der Ge-



sprächspsychotherapie wird – wie schon vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) – auch von der Expertenkommission nicht vorgenommen. Sie spiegeln Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie wider, wie sie auch bei allen anderen Therapieverfahren zu finden sind.

Das Verfahren Gesprächspsychotherapie wurde von den drei deutschen Gesprächspsychotherapieverbänden vor dem Hintergrund dieser Weiterentwicklungen in ihrer Antwort an den G-BA wie folgt definiert:

*„Die Gesprächspsychotherapie behandelt gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrechterhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen.*

*Inkongruenzen als Fokus der Behandlung in der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der organismischen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie zwischen verinnerlichten Werten und dem Selbstkonzept.*

*Wesentlich für die Ätiologie psychischer Störungen sind dabei die für die unterschiedlichen Krankheitsbilder ursächlichen differenziellen Formen der Inkongruenz. Diese ergeben sich aus dysfunktionalen Wechselwirkungen zwischen den unmittelbaren leib-seelischen Erfahrungen des Organismus, den internen Repräsentationen biografischer Gegebenheiten, pathogenen Symbolisierungsprozessen aktueller Lebensereignisse sowie äußeren Belastungsfaktoren.*

*Das allgemeine Behandlungsziel der Gesprächspsychotherapie ist die Linderung bzw. Aufhebung der Symptomatik durch die Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen.*

*Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, personen- und prozess-spezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird.*

*Als spezifische Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik kommen in den verschiede-*

*nen Bereichen der Krankenbehandlung im ambulanten und stationären Sektor, in der Einzel-, Gruppen- und Paartherapie sowie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zur Anwendung:*

1. *Erlebniszentrierte Methoden,*
  2. *Differenzielle Methoden,*
  3. *Erfahrungsaktivierende Methoden,*
- die bestimmte Aspekte der Gesprächspsychotherapie hervorheben und weiterentwickeln<sup>2</sup>.*

Danach ist die Gesprächspsychotherapie heute ein im Wesentlichen einheitlicher therapeutischer Ansatz mit unterschiedlichen Ausprägungsformen, deren gemeinsamer Nenner bestimmte persönlichkeits-theoretische Annahmen wie beispielsweise das Postulat einer Aktualisierungstendenz als Motor der menschlichen Entwicklung, und damit verbunden die Betonung der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung für den Therapieprozess ist.

## Einschluss von Therapie-konzepten, die als Weiter-entwicklungen im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts aufzufassen sind

Der G-BA hatte sich bei seinen Prüfungen ausschließlich auf die „klassische Gesprächspsychotherapie“ beschränkt und Wirksamkeitsstudien, in denen Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie (GPT) zur Anwendung kamen, von der Prüfung ausgeschlossen. Damit nahm der G-BA eine andere Position ein als der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, der auf Anfrage von Leslie S. Greenberg (Department of Psychology and Psychotherapy Research Center York University, Toronto) einem wesentlichen Exponenten der wichtigsten Richtung dieser Weiterentwicklungen, den so genannten „experiential

<sup>2</sup> ÄGG, DPGG und GwG: Antworten zu zwei Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses Unterausschuss Psychotherapie, Köln, März 2004, S. 1f.

approaches“, folgende Antwort<sup>3</sup> erhielt (Statement concerning the position of the ‚experiential approaches‘: Process-Experiential Psychotherapy or ‚Emotion Focused Therapy‘)<sup>4</sup>:

„These psychotherapeutic procedures have been developed from Client Centered Psychotherapy as ways to bring into focus the experiential process and problematic patterns of experiencing. As well as Client Centered Psychotherapy the Experiential Therapy considers the relational conditions as important in confirming an experience validating person. Experiential therapists differ from their more client-centered counterparts only in that they use more questions and conjectures to explore and stimulate clients inner experience. The experiential approaches only went on developing further what Rogers started to develop since 1951, when he turned away from talking about ‚non-directive psychotherapy‘ and started to talk about ‚Client Centered Therapy‘.“

Die Gemeinsamkeiten zeigen sich auch in Buchveröffentlichungen (z.B. Greenberg et al. 1998; Kriz, Sluneco 2007; Stumm, Keil 2002), in gemeinsam herausgegebenen Zeitschriften (z. B. „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“, PCEP) und gemeinsam veranstalteten internationalen Kongressen (z.B. „7th World Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“, 2006 in Potsdam).

Der Ausschluss der Ergebnisse der von Sachse weiterentwickelten zielorientierten Gesprächspsychotherapie, jetzt klärungsorientierte Psychotherapie genannt, durch den G-BA geschah mit Hinweis darauf, dass es sich nicht um die klassische GPT im Sinne von Rogers (1959) handele. Dazu bezieht Sachse wie folgt Stellung: „Klä-rungsorientierte Psychotherapie (KOP) ist eine Weiterentwicklung der zielorientierten Gesprächspsychotherapie, die wiederum innerhalb der Gesprächspsychotherapie zur klärungs- und handlungsorientierten Ausrichtung gehört, wie

sie zunächst von Truax und Mitchell (1971) und dann im Weiteren von Greenberg (vgl. Greenberg et al. 1993) entwickelt wurde“ (Sachse 2007, S. 138).

## Anwendungsformen (Settings)

Wie in der oben stehenden Definition des Verfahrens bereits gesagt, wird Gesprächspsychotherapie vorwiegend in Form von Einzeltherapie, aber auch in Form von Gruppen-, Paar- und Familientherapie durchgeführt. Sie findet in der ambulanten und stationären Psychotherapie Anwendung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen.

## Anwendungsbereiche

Gesprächspsychotherapie wird im gesamten Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen angewendet.

Indikationsleitend ist nicht primär das Störungsbild, sondern die Ansprechbarkeit des Patienten für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot (ausführlich bei Eckert et al. 2006, S. 196)<sup>5</sup>. Da aber die Art der Störung auch die Art der Patient-Therapeut-Beziehung beeinflusst, wurden inzwischen für die wichtigsten psychischen Erkrankungen störungsspezifische gesprächspsychotherapeutische Behandlungsleitlinien entwickelt (z.B. Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressive Störungen), die vor allem die störungsspezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung berücksichtigen (Biermann-Ratjen et al. 2006; Eckert et al. 2006; Finke, Teusch et al. 1995).

Ob eine Gesprächspsychotherapie nicht bzw. kontraindiziert ist, kann nur im Einzelfall ent-

<sup>3</sup> Brief (per E-Mail) an den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, 5.3.2001.

<sup>4</sup> Paivio SC, Nieuwenhuis JA (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A preliminary Study. J Trauma Stress 14: 115–133.

<sup>5</sup> Dieser Umstand entbindet das Verfahren nicht von störungsspezifischer Forschung. Unter psychotherapeutischen Versorgungsgesichtspunkten ist es zum Beispiel wichtig zu wissen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Patient mit einer bestimmten Störung von der Gesprächspsychotherapie ausreichend profitiert.



schieden werden. Wie bei anderen Therapieverfahren gilt auch hier die Regel, dass von einer Gesprächspsychotherapeutischen Behandlung abgesehen werden sollte, wenn der dazu notwendige therapeutische Prozess den Patienten so überfordern könnte, dass er darauf mit einer psychischen Dekompensation reagiert.

## Zur Berücksichtigung von Supportiver Psychotherapie

*„Supportive Therapie ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifungsschritte initiiert“ (Reimer 2007, S. 105).*

Der supportiv arbeitende Therapeut bietet bei aktuellen Problemen und Konflikten Hilfe an, indem er

- eine nicht überfordernde, positiv getönte Beziehung anbietet,
- Handlungsanweisungen sowie
- Hilfen zur Abreaktion (Katharsis) gibt.

Christian Reimer betont, dass sich Supportive Therapie im Hinblick auf die Ziele und die eingesetzten Mittel von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie unterscheidet: Stabilisierung statt Veränderung und konkrete Hilfestellungen statt weitgehender Abstinenz.

Das heißt aber nicht, dass Supportive Psychotherapie (SPT) unwirksam oder weniger wirksam ist als „richtige“ Psychotherapie, worauf Spießl et al. (2007) hinweisen. Sie stellen heraus, dass SPT nicht nur Veränderungen bewirke, sondern für manche Patienten auch die einzig gedeihliche Behandlung sei.

Vor dem Hintergrund, dass Metaanalysen (z.B. Wampold 2001) gezeigt haben, dass die spezifische Intervention nur 10% der Ergebnisvarianz von Psychotherapien erklärt, der weitaus größere Teil der Veränderungen auf Patientenmerkmale, die Qualität der therapeutischen Beziehung und auf andere allgemeine Einflussfak-

toren zurückgeht, ist die nachgewiesene Wirksamkeit von SPT, bei der sehr auf eine gute therapeutische Beziehung geachtet wird, nicht überraschend. Die Wirksamkeit der SPT hängt vermutlich auch damit zusammen, dass bei der Beschreibung der angestrebten Beziehungsqualität explizit auf die GPT Bezug genommen wird: *„Noch mehr Bezüge hat die Supportive Psychotherapie aber zu den humanistischen Therapieansätzen: Echtheit, Empathie und Wertschätzung sind in der Gesprächspsychotherapie (nach Rogers) wie in der Supportiven Psychotherapie die wesentlichen Therapeutenvariablen als Basis einer Arzt-Patient-Beziehung, die von Vertrauen und gegenseitigem Respekt geprägt ist“ (Spießl et al. 2007, S. 2).* Das wird bei der Praxis der SPT eine nicht unbedeutende Rolle spielen.

Eine generelle Gleichsetzung von SPT und GPT ist aber aus denselben Gründen wie beim oben angeführten Vergleich von SPT mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TfP) nicht zulässig. Darüber hinaus verfügt die SPT im Gegensatz zur GPT nicht über eine ausformulierte Persönlichkeitstheorie, die auf der Grundlage eines bestimmten Menschenbildes steht.

In einer Reihe von Psychotherapiestudien, besonders aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, taucht SPT als Kontrollbedingung auf, zum Beispiel als „nondirective supportive therapy“, „supportive therapy“ oder „nondirective therapy“. Diese Vergleichs- bzw. Kontrollbedingungen wurden zum Teil als psychologische Interventionen konzipiert, die im Wesentlichen zentrale Elemente des klientenzentrierten Therapiekonzepts beibehalten und zugleich möglichst wenig Übereinstimmung mit der geprüften verhaltenstherapeutischen Intervention aufwiesen. Diese Kontrastierung der untersuchten psychotherapeutischen Interventionen wurde in solchen Fällen meistens durch Realisierung des Prinzips der Nicht-Direktivität zu gewährleisten versucht. Es war also erforderlich, für die entsprechenden Studien zu bestimmen, ob in der jeweiligen Kontrollbedingung im Wesentlichen Therapie- und Wirkprinzipien der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden und dadurch Rückschlüsse auf die Wirksamkeit und den Nutzen von GPT möglich sind.

Die Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat daher für ihre Studienbewertungen die folgende Operationalisierung zu Grunde gelegt:

Psychotherapeutische Interventionen, die nicht explizit als Gesprächspsychotherapie oder deren Weiterentwicklungen gekennzeichnet worden sind, werden dann als für die Bewertung der Gesprächspsychotherapie aussagekräftige Interventionen gewertet, wenn

1. bei der Beschreibung der Kontrollbedingung entweder explizit Bezug auf Rogers bzw. das klientenzentrierte Konzept genommen wird und dieses Konzept nach Einschätzung der Expertenkommission für die untersuchte Intervention bestimmend ist, oder wenn
2. in der psychotherapeutischen Intervention wesentliche Elemente einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und der gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsgestaltung realisiert werden, darunter Empathie, Akzeptanz, Kongruenz und Non-Direktivität, und diese Elemente für die untersuchten Interventionen nach Experteneinschätzung bestimmend sind.

Psychotherapeutische Interventionen wurden auch dann, wenn es Hinweise auf die Verwendung von Elementen der Gesprächspsychotherapie gab, nicht berücksichtigt, wenn eine oder mehrere der folgenden vier Bedingungen zutrafen:

1. Keine der beiden oben genannten Positiv-Kriterien ist erfüllt.
2. Die Kontrollbedingung dient als nicht-aktive Plazebobedingung, die der untersuchten Vergleichsbedingung möglichst unähnlich sein und möglichst keine therapeutischen Effekte hervorrufen soll.
3. Den Elementen der Gesprächspsychotherapie kommt im Vergleich zu den weiteren Bestandteilen der Intervention eine untergeordnete Bedeutung zu.
4. Die Therapiedauer ist so kurz, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung im Sinne einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen erscheint. Hierunter fielen fast alle Studien mit weniger als 10 Therapiekontakten.<sup>6</sup>

## Historische Entwicklung der Psychotherapieforschung mit Berücksichtigung bei der GPT-Nutzenbewertung

Inhalte, Ziele und Methoden der Psychotherapieforschung unterlagen und unterliegen weiterhin sehr unterschiedlichen wissenschaftshistorischen Strömungen und gesellschaftlichen Bedingungen.

### Die Nichtwirksamkeits-hypothese und die Phase der Legitimationsforschung

Der 1952 von Hans-Jürgen Eysenck publizierte Artikel „The effects of psychotherapy: an evaluation“ wird häufig (z.B. Grawe 1982, S. 325) als ein Markstein der Psychotherapieforschung bezeichnet (Eysenck 1952). Eysenck versuchte in diesem Beitrag zu belegen, dass es keine wissenschaftlich stichhaltigen Nachweise für die Wirksamkeit von psychoanalytischer Psychotherapie gebe. Die beobachteten intra-individuellen Prä-Post-Vergleiche bei Psychotherapiepatienten seien nicht größer als bei vergleichbaren Patienten, deren Symptome und Beschwerden sich auch ohne Psychotherapie im Laufe der Zeit im Sinne einer Spontanremission zurückbildeten. Eysencks Artikel hatte insofern nachhaltige Folgen, als seine Forderung nach Kontrollgruppenvergleichen den Anstoß für eine Phase der Psychotherapieforschung gab, die Meyer et al. (1991) als Rechtfertigungsphase bezeichneten: „Hierzu gehörten insbesondere die Objektivierung der Therapieeffekte und die Untersuchung der einzelnen Therapieverfahren in kontrollierten Versuchsplänen.“ (S. 75).

<sup>6</sup> Empirische Studien haben gezeigt, dass eine Reihe von Patienten erst etwa ab dem 10. Therapiekontakt das Ausmaß an Selbstexploration zeigen, das erforderlich ist, um mit einer Gesprächspsychotherapie therapeutische Veränderungen zu bewirken.



Diese Phase hatte ihr (vorläufiges) Ende mit dem Erscheinen der ersten Metaanalysen, an deren Anfang jene von Smith, Glass und Miller (1980) stand. In ihr wurden die Ergebnisse von 475 Wirksamkeitsstudien unterschiedlichster Therapieverfahren zusammengefasst mit dem Ergebnis, dass es dem durchschnittlichen psychotherapeutisch behandelten Patienten am Ende der Behandlung besser gehe als 80% der Patienten, die keine psychotherapeutische Behandlung erhalten hatten, was einer durchschnittlichen Effektstärke (ES) von 0,85 entspricht. Dieses Ergebnis wurde mit der Reanalyse der Eysenck'schen Daten durch McNeilly und Howard (1991) untermauert. Als Fazit ging daher in die Lehrbücher ein: Psychotherapie ist im Durchschnitt deutlich wirksamer als keine Therapie. Psychotherapie hilft nicht nur nachhaltiger, sondern auch schneller als keine Therapie.

## Die Etablierung der GPT als psychologisches Therapieverfahren an deutschen Universitäten

In Deutschland galt die Frage nach der Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie in der unter dem Namen „Gesprächspsychotherapie“ von Reinhard Tausch praktizierten Form ebenfalls bereits Mitte der 70er Jahre beantwortet. Tausch (1976) veröffentlichte die in seiner Arbeitsgruppe gewonnenen Forschungsergebnisse unter dem Titel „Ergebnisse und Prozesse der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten“.

## Psychotherapieforschung und die Gesetze zur Ausübung von Psychotherapie

Die Forschungen von Tausch und Mitarbeitern erfolgten in einer Zeit, in der es Diplom-Psycholo-

gen rechtlich verboten war, Psychotherapie als Krankenbehandlung eigenverantwortlich auszuüben. Erst Ende der 80er Jahre erteilten die zuständigen Gesundheitsbehörden Diplom-Psychologen auf Antrag „die Erlaubnis, die Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie berufsmäßig auszuüben“. Die endgültige Legitimierung von Psychotherapie durch Psychologen erfolgte 1999 mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG). Bis zu diesem Zeitpunkt waren von Psychologen eigenverantwortlich durchgeführte Psychotherapien ein nicht legales Unterfangen. Vor diesem Hintergrund trug der Umstand, dass in der Gesprächspsychotherapie Patienten nicht „Patienten“, sondern „Klienten“ genannt wurden, auch zum rechtlichen Schutz der Therapeuten bei. Rechtliche Gründe spielten ebenfalls eine Rolle, wenn nicht von neurotischen Erkrankungen, sondern von so genannten „psychoneurotischen Beeinträchtigungen“ gesprochen und geschrieben wurde. Die behandelten Krankheitsbilder wurden auch als „soziale Kontaktstörungen“, „psychiatrische Probleme bzw. Beeinträchtigungen“, „psychosomatische Beschwerden“, „sexuelle Schwierigkeiten“, „allgemeine Angst“ oder „Verstimmung“ umschrieben. Oder es wurde auf durch psychologische Tests festgestellte Abweichungen von einer Norm hingewiesen wie etwa in einer Arbeit von Tausch als „deutlich erhöhte Werte im Neurotizismus des EPI“ (1976, S. 61f).

## Die Etikettierungsthese

Aber auch die so genannte „anti-psychiatrische Bewegung“ hatte Einfluss auf den Umgang mit Diagnosen in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung (z.B. Cooper 1967). Im Zusammenhang mit ihr wurde Kritik an psychiatrischen Diagnosen als Etikettierung („labeling approach“) geäußert (z.B. Keupp 1972, Szasz 1961). Das Diagnostizieren bzw. die Feststellung einer psychiatrischen Erkrankung wurden stigmatisierend geradezu als unmoralische, weil krankmachende Handlungen angesehen. Diese Einstellung zur Diagnostik und zu Diagnosen haben da-

mals viele Gesprächspsychotherapeuten nicht nur mit vielen anderen Psychologen, sondern auch mit vielen – meist sozialpsychiatrisch orientierten – Psychiatern geteilt. Es kam auch zu sprachlichen Umetikettierungen: Aus „Kranken“ wurden „Betroffene“ und aus „Krankheiten“ „Probleme“, „Beeinträchtigungen“ oder „Störungen“.

## Mängel der Diagnostik psychischer Krankheiten

Vor der Einführung des DSM-III-R 1987 in den USA bzw. 1989 in Deutschland (American Psychiatric Association 1989) und dem Erscheinen der 10. Revision der ICD 1991 (Weltgesundheitsorganisation 1991) sind Psychotherapiepatienten eher pauschal beschrieben worden. Das hing zum einen damit zusammen, dass ICD-9-Diagnosen unzureichend differenziert und reliabel waren, und zum anderen damit, dass sie im Bereich der Psychotherapie keine prognostische Relevanz hatten (Kendell 1978). Erst die revidierten Klassifikationsschemata und die Entwicklung von strukturierten Interviews zu diesen Klassifikationen haben die Voraussetzungen für eine ausreichend reliable Diagnostik für die meisten psychischen Störungen und damit die Grundlage für eine störungsspezifische Forschung und Aufarbeitung von Psychotherapieergebnissen geschaffen (Freyberger, Stieglitz 2005).

## Die Finanzierung von Psychotherapiestudien

Eine gute Psychotherapiestudie, die niedergelassene Psychotherapeuten als Studientherapeuten einbezieht, kostet heute nach Schätzungen von Linden und Zubrägel (2001) zirka eine Million Euro. Damit ist sie etwa so teuer wie eine Pharmakotherapiestudie. Letztere wird allerdings aus den Erlösen finanziert, die das geprüfte Medikament nach seiner Zulassung erzielt. Eine Psychotherapiestudie hingegen ist auf so genannte Drittmittel angewiesen.

Ob eine Finanzierung durch Drittmittelgeber (z.B. das BMBF oder die DFG) gelingt, hängt nicht nur von der Qualität des Designs einer Studie ab. Drittmittelgeber bilden angesichts stark begrenzter öffentlicher Forschungsmittel inhaltliche Schwerpunkte. Wenn dieser nun nicht gerade die Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie umfasst, hat selbst ein methodisch exzellenter Antrag eine nur geringe Chance auf Förderung.



## Zusammenfassung

Bei der Beurteilung der Wirksamkeitsforschung zur Gesprächspsychotherapie sind folgende historische Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung von klinisch relevanten psychischen Störungen galt seit etwa der Mitte der 70er Jahre als empirisch ausreichend belegt.
  - Wirksamkeitsforschung im Bereich Gesprächspsychotherapie erfolgte daher fast nur noch
  - im Zusammenhang mit Evaluationen von Weiterentwicklungen der klassischen Gesprächspsychotherapie von Rogers. Typische Beispiele dafür sind Wirksamkeitsstudien bei der Anwendung der „Emotion-Focused Therapy“ von Greenberg et al. (1998) oder der zielorientierten Gesprächspsychotherapie von Sachse (1992),
1. bei Störungsbildern, deren erfolgreiche Behandlung eine Modifikation des klassischen gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens erforderlich machte, zum Beispiel bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (z.B. Wuchner 1997), und
  2. auf Grund neuerer gesundheitspolitischer Vorgaben wie der Änderung der Kriterien für die sozialrechtliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. Diese Änderung ist auch deshalb als tief greifend anzusehen, weil sie neue Standards setzt: So ist die Wirksamkeit eines Verfahrens nun störungsbezogen zu belegen, was im Bereich der GPT auf Grund





der klientenzentrierten Annahmen zur Entstehung psychischer Störungen in der Vergangenheit als nicht zwingend notwendig erachtet worden war.

- Die Veränderung der Kriterien für „methodisch adäquate Psychotherapiestudien“, beispielsweise die Berücksichtigung ausreichender statistischer Power, die exakte Definition von Stichproben und Ergebniskriterien, Intent-to-Treat-Analysen, die Anwendung hierarchisch linearer Modelle oder das Konzept klinischer Signifikanz.

Bei der Bewertung älterer Studien ist daher zu beachten, dass bestimmte methodische Anforderungen an die Studien und die Forschungsdesigns erst im Laufe der letzten etwa 15 Jahre zum Standard erhoben worden sind.

Die Auffassungen darüber, welches Studiendesign für eine methodisch adäquate Psychotherapiewirksamkeitsstudie erforderlich ist, sind unterschiedlich und abhängig von der wissenschaftstheoretischen Orientierung des Forschers (Elliott 1998). Insbesondere im Zuge der in den USA entfachten Diskussion über „empirisch gestützte Behandlungsverfahren“ (welche eigentlich eine Gegenmaßnahme zur unkritischen Verwendung von Psychopharmaka sein sollte), gilt die randomisiert-kontrollierte Studie als eine Art „Goldstandard“ in der Psychotherapieforschung, dessen Nachteile gegenüber naturalistischen Psychotherapiestudien aber in vielen methodischen Diskussionen betont wurden: Eine gute Übersicht über die verschiedenen Standpunkte bietet Elliott (1998).

## Grundlagen und Verfahren der GPT-Bewertung durch die Expertenkommission der BPTK

Die Bewertung der Studien zur Gesprächspsychotherapie in der Längsauswertung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. In einem ersten

Schritt erfolgte die Studienbewertung durch jeweils eine externe Mitarbeiterin bzw. einen externen Mitarbeiter der Bundespsychotherapeutenkammer anhand des neu entwickelten Studienbewertungsbogens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2007). Der Bewertungsbogen setzt sich zusammen aus einem Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien und dem Consort-Studienbewertungsbogen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Ergebnisse dieses ersten Bewertungsprozesses bildeten die Grundlage einer erneuten Prüfung der Aussagekraft der einzelnen Studien für die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie durch die Expertenkommission. Dies schloss neben der Prüfung der Studienqualität insbesondere auch die Prüfung mit ein, ob es sich bei der jeweils in einer Studie untersuchten Intervention um Gesprächspsychotherapie handelt.

Auf der Basis der Bewertung der einzelnen Studien führte die Expertenkommission eine Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie pro Anwendungsbereich der Psychotherapie und schließlich im Abgleich mit den Voraussetzungen zur Zulassung neuer Psychotherapieverfahren nach geltenden Psychotherapie-Richtlinien durch, insbesondere von Abschnitt B I Nummer 3.2:

*Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).*

## Studiengrundlagen

Bei den Bewertungen der Expertenkommission wurden folgende Studien bzw. Publikationen überprüft:

- alle 101 Publikationen, die von der Themengruppe Gesprächspsychotherapie des Ge-

- meinsamen Bundesausschusses in der Langauswertung geprüft wurden,
- alle Publikationen, die in dem zweiten Screening der Themengruppe Gesprächspsychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden waren<sup>7</sup>,
  - alle Studien eines Literaturupdates für Publikationen zur Gesprächspsychotherapie seit dem letzten Update der Themengruppe Gesprächspsychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Februar 2006<sup>6</sup>.

Ferner wurden, soweit nicht bereits enthalten, ergänzend geprüft:

- alle Studien, die im Kapitel „Research on Experiential Psychotherapies“ von Elliott et al. im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (2004) aufgeführt werden<sup>6</sup>,
- alle Studien, die Robert Elliott in einer persönlichen Mitteilung in Vorbereitung auf eine aktualisierte Übersichtsarbeit zur Experienziellen Psychotherapie zusammengestellt hat<sup>6</sup>,
- alle Studien, die in der Übersichtsarbeit von Frohburg (2004) zu Katamneseuntersuchungen zur Gesprächspsychotherapie berücksichtigt wurden<sup>6</sup>.

## Zur Methodik der Nutzenbewertung

Das Bewertungsverfahren einschließlich der Grundlagen für die Nutzenbewertung neuer medizinischer Behandlungsmethoden wird in der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses beschrieben. An dieser Stelle soll kurz auf einige zentrale Punkte hingewiesen werden, die für die Systematik der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie durch die Expertenkommission von besonderer Bedeutung waren.

In § 17 Abs. 2 der Verfahrensordnung des G-BA wird dargelegt, welche Unterlagen die Ba-

sis der Bewertung des Nutzens einer Behandlungsmethode darstellen.

§ 17 *Unterlagen zur Bewertung der medizinischen Methoden*

(2) *Diagnostische und therapeutische Leistungen werden wie folgt überprüft:*

1. *Die Überprüfung des Nutzens einer Methode erfolgt insbesondere auf der Basis von Unterlagen*

a. *zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen,*

b. *zum Nachweis der therapeutischen Konsequenz einer diagnostischen Methode,*

c. *zur Abwägung des Nutzens gegen die Risiken,*

d. *zur Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen (Outcomes) und*

e. *zum Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung.*

Vor diesem Hintergrund haben sich sowohl die Expertenkommission wie die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses auf die systematische Prüfung von Studien zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und auf komparative Studien, die überwiegend die Prüfung einer Nicht-Unterlegenheits-Hypothese zum Gegenstand hatten, konzentriert. Zugleich wurden auch nicht-vergleichende Studien insbesondere dann betrachtet, wenn auf Grund von Untersuchungen zum natürlichen Verlauf der jeweiligen Erkrankung bekannt ist, dass diese regelhaft einen chronischen Verlauf nehmen und Spontanremissionen relativ selten zu beobachten sind. Diese nicht-vergleichenden Studien wurden darüber hinaus auch dann in die Bewertungen mit einbezogen, wenn sie vor dem Hintergrund von anderweitigen Belegen der Wirksamkeit der Behandlungsmethode geeignet waren, die „effectiveness“ der Behandlungsmethode im ambulanten und/oder stationären Versorgungs-Setting zu belegen.

In der internationalen Literatur werden zurzeit eine Reihe verschiedener Kategoriensysteme zur Klassifikation von Studien anhand von Evidenzstufen diskutiert, die notwendigerweise immer nur einzelne Aspekte der Studienqualität, in der

<sup>7</sup> Diese Publikationen wurden dann eingehend geprüft, wenn die Studien in einem vorgeschalteten Screeningprozess als für die Nutzenbewertung geeignet beurteilt wurden.



Regel vorwiegend das Studiendesign, abbilden und somit zwar eine relevante Einteilung beinhalten, aber nur begrenzt aussagekräftig hinsichtlich der methodischen Gesamtqualität und Aussagekraft einer Studie hinsichtlich einer Nutzenbewertung sind. Die Expertenkommission hat sich trotz entsprechender Bedenken entschieden, bei ihrer Bewertung dennoch die Evidenzstufe einer Studie jeweils auszuweisen und sich bei dieser Einteilung auf das in § 18 Abs. 3 der Verfahrensordnung dargelegte Klassifikationssystem zu stützen. Die kodierte Evidenzstufe einer Studie bezieht sich dabei auf das in einer Studie gewählte Design hinsichtlich der hier interessierenden Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie.<sup>8</sup>

*§ 18 Klassifizierung und Bewertung der Unterlagen*

*(3) Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden gelten folgende Evidenzstufen:*

*I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe*

*I b Randomisierte klinische Studien*

*II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe*

*II b Prospektive vergleichende Kohortenstudien*

*III Retrospektive vergleichende Studien*

*IV Fallserien und andere nicht-vergleichende Studien*

*V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte und Ähnliches; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.*

Ferner hat die Expertenkommission bei ihren Bewertungen die in § 18 Abs. 5 bis 7 dargelegten Grundsätze der Bewertung der Studienunterlagen berücksichtigt. Einschränkend ist lediglich

<sup>8</sup> In diesem Sinne ist zum Beispiel einer Studie, die den Nutzen der Ergänzung der Gesprächspsychotherapie durch eine Exposition in einem randomisiert-kontrollierten Design untersucht, bei Fehlen einer anderweitigen Kontrollgruppe bezogen auf die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie die Evidenzstufe IV zuzuordnen.

anzumerken, dass die in § 18 Abs. 6 Satz 3 aufgeführte verblindete Gruppenzuordnung für den Bereich der Psychotherapieforschung kein relevantes Kriterium für die Studienqualität darstellen kann.

*§ 18 Klassifizierung und Bewertung der Unterlagen*

*(5) Entscheidend für die Qualitätsbewertung der Unterlagen sind die Studienqualität und die Übertragbarkeit auf die Versorgungsrealität.*

*(6) Der Unterausschuss prüft die Aussagekraft der vorgelegten Unterlagen. Im Einklang mit allgemein anerkannten Empfehlungen bewertet er die Planungs-, Durchführungs- und Auswertungsqualität der Unterlagen, die Konsistenz der Ergebnisse und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den Versorgungskontext.*

*a) Für Interventionsstudien sind dies Kriterien wie prospektive oder retrospektive Patientenrekrutierung, Randomisierung, verblindete Gruppenzuordnung, verblindete Endpunkterhebung und Vollständigkeit der Nachbeobachtung mit angemessenem Nachbeobachtungszeitraum;*

*(7) Bei der Bewertung sollen insbesondere auch die Verwendung patientenrelevanter Zielgrößen (wie z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität), Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie lebenslagen-spezifischen Besonderheiten, besondere Belange behinderter und chronisch kranker Menschen und die eingesetzten Maßnahmen zur Vermeidung von verzerrten Studienergebnissen berücksichtigt werden.*

Für die Gesamtbewertung der Gesprächspsychotherapie hat die Expertenkommission der BPTK schließlich auch die in § 20 dargelegten Grundsätze zu Grunde gelegt.

*§ 20 Gesamtbewertung im Versorgungskontext*

*(1) Das Beschlussgremium bewertet in einem umfassenden Abwägungsprozess unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, insbesondere der nach Evidenzkriterien ausgewerteten Unterlagen.*

*(2) Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe*

1 mit patientenbezogenen Endpunkten (z.B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein. Bei seltenen Erkrankungen, bei Methoden ohne vorhandene Alternative oder aus anderen Gründen kann es unmöglich oder unangemessen sein, Studien dieser Evidenzstufe durchzuführen oder zu fordern. Soweit qualitativ angemessene Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vorliegen, erfolgt die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode auf Grund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen. Die Anerkennung des medizinischen Nutzens einer Methode auf Grundlage von Unterlagen einer niedrigeren Evidenzstufe bedarf jedoch – auch unter Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit – zum Schutz der Patienten umso mehr einer Begründung, je weiter von der Evidenzstufe 1 abgewichen wird. Dafür ist der potenzielle Nutzen einer Methode insbesondere gegen die Risiken der Anwendung beim Patienten abzuwägen, die mit einem Wirksamkeitsnachweis geringerer Aussagekraft einhergehen.

(3) Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen. Maßstab ist dabei auch die von der Anwendung der Methode bereits erzielte oder erhoffte Verbesserung der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung der mit der Erkrankung verbundenen Einschränkung der Lebensqualität und den besonderen Anforderungen an die Versorgung spezifischer Patientengruppen unter Berücksichtigung der Versorgungsaspekte von Alter, biologischem und sozialem Geschlecht sowie der lebenslagerspezifischen Besonderheiten.

Die Themengruppe Gesprächspsychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in dem HTA-(Health Technology Assessment-)Bericht vom 17. Juli 2006 auf der Ebene der Bewertung der einzelnen Studien im Kern zwei dichotome summarische Bewertungskriterien verwendet.

- Zum einen wurde jeweils eine Entscheidung darüber getroffen, ob eine in einer Studie untersuchte Intervention als Gesprächspsychotherapie zu werten ist.
- Zum anderen wurde jeweils eine Entscheidung darüber getroffen, ob eine Studie insgesamt als methodisch adäquat und aussagekräftig beurteilt werden muss. Abstufungen waren hierbei in der Bewertung einzelner Studien nicht vorgesehen.

Im Unterschied hierzu hat sich die Expertenkommission der BPTK nach intensiver Diskussion dazu entschieden, die Studien sowohl hinsichtlich der untersuchten psychotherapeutischen Intervention als auch hinsichtlich ihrer methodischen Angemessenheit und Aussagekraft jeweils über drei gestufte Bewertungskategorien abzubilden (siehe auch erste Definition und Beschreibung der Gesprächspsychotherapie).

A. Die in einer Studie untersuchten Interventionen wurden eingeteilt in Interventionen,

- die als genuine Gesprächspsychotherapie oder deren Weiterentwicklungen zu werten sind (GPT I),
- in denen zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (GPT II),
- in denen weder genuine Gesprächspsychotherapie oder deren Weiterentwicklungen noch zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (keine GPT).

B. Die methodische Angemessenheit und Aussagekraft von Studien zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie wurden bei der Gesamtbewertung einer Studie eingeteilt in:

- Studien, die geeignet sind für den Nachweis des Nutzens der Gesprächspsychotherapie,
- Studien, die einen Hinweis auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie liefern, aber auf Grund der methodischen Einschränkungen nicht als Nachweis im engeren Sinne zu werten sind,
- Studien, die aus methodischen Gründen ausgeschlossen bzw. als für die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie irrelevant bewertet wurden.

C. Systematik für die zusammenfassende Bewertung auf der Ebene der Anwendungsbereiche der Psychotherapie.

Auf der Ebene der Gesamtbewertung der Studienlage zu einem Anwendungsbereich der Psychotherapie (nach den Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 20.6.2006) hat die Expertenkommission ein vierstufiges Bewertungsschema gewählt.

- Stufe I: Nutznachweis einschließlich des Wirksamkeitsnachweises durch mehrere unabhängige, methodisch adäquate Studien ist erbracht.
- Stufe II: Substanzielle Hinweise auf den Nutzen einschließlich eines Wirksamkeitsnachweises durch mindestens eine methodisch adäquate Studie.
- Stufe III: Hinweise auf einen Nutzen liegen vor.
- Stufe IV: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern.

Dabei setzten die Bewertungsstufen I und II das Vorliegen von methodisch adäquaten und aussagekräftigen Wirksamkeitsstudien der Evidenzstufe Ib oder IIb voraus.

## GPT-Bewertung auf der Ebene der Anwendungsbereiche der Psychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien

### Affektive Störungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht insgesamt 15 Publikationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Affektiven Störungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden. Zusätzlich wurde von der Expertenkommission der BPTK eine weitere Studie über das Literaturupdate identifiziert. Darüber hinaus wurden drei weitere Publikationen geprüft, die in der

Übersichtsarbeit von Elliott (2004) für den Bereich der depressiven Störungen aufgeführt werden. Schließlich wurden vier Publikationen in einer Langauswertung geprüft, welche die Themengruppe Gesprächspsychotherapie im zweiten Screening ausgeschlossen hatte. Ferner wurden zwei weitere Publikationen in die Auswertungen einbezogen, die sich auf Studien bereits eingeschlossener Publikationen bezogen.

Insgesamt wurden fünf Studien identifiziert, welche als geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurden (Cooper et al. 2003; Goldman et al. 2006; Greenberg, Watson 1998; King et al. 2000; Watson, et al. 2003). Nur eine dieser Studien war auch von der Themengruppe Gesprächspsychotherapie als Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei der Indikation „depressive Störungen“ bewertet worden. Drei der genannten Studien beziehen sich auf die „Emotion-Focused Therapy“ (EFT) nach Greenberg, bei der es sich nach Auffassung der Expertenkommission um eine Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie handelt und die als solche im Bewertungsprozess zu berücksichtigen ist (siehe Ausführungen im Abschnitt Definition und Beschreibung der Gesprächspsychotherapie). Eine weitere Studie bezieht sich auf die Behandlung von Patientinnen mit post-partaler Depression. Eine der untersuchten vier Interventionen (non-directive counseling) ist entgegen der Bewertung der Themengruppe analog zur Einschätzung der Studie von King et al. (2000) als Gesprächspsychotherapie zu werten.

Schließlich wurde eine weitere Studie als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie gewertet. Die Studie von Friedli (1997) liefert Hinweise auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen in der Hausarztpraxis. Die Effekte der Gesprächspsychotherapie ließen sich erst in einer post-hoc-definierten Subgruppenanalyse der stärker depressiv belasteten Patienten zeigen.

Darüber hinaus wurden mehrere Publikationen zu einer komparativen Studie zur Behandlung von Jugendlichen mit einer depressiven Stö-

rung identifiziert (Birmaher et al. 2000, Gaynor et al. 2003, Kolkoe et al. 2000), welche die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie, einer systemisch-behavioralen Familientherapie und einer non-direktiven Supportiven Beratung untersucht. Diese Publikationen wurden jedoch wegen der auf den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen eingeschränkten Fragestellung keiner ausführlichen Bewertung durch die Expertenkommission zugeführt.

### Studie von King et al. (2000), Evidenzstufe Ib

Die Studie vergleicht die Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und der Therapie durch den Hausarzt bei 464 Patienten, überwiegend mit den Diagnosen „depressive Störung“ (F32) und „Angst und Depression gemischt“ (F41.2). In einem mehrarmigen Design wurden zu einem Patienten ohne Präferenz auf die drei Behandlungsbedingungen randomisiert. Zum anderen wurden Patienten mit einer unspezifischen Präferenz für eine psychotherapeutische Behandlung auf eine der beiden Psychotherapiebehandlungsarme randomisiert und schließlich alle verbliebenen Patienten mit einer spezifischen Präferenz auf den jeweiligen Behandlungsarm zugewiesen.

In allen drei Designs führte die auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie zur 4-Monats-Katamnese in Beck's Depression Inventory (BDI) als primären Zielparame-ter zu einer deutlichen Abnahme der Depressivität und zeigte sich gegenüber der Behandlung durch den Hausarzt signifikant überlegen. Die Behandlungsergebnisse sind auch zur 12-Monats-Katamnese stabil. Hier lassen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr gegenüber der hausärztlichen Behandlung nachweisen, was in einer weiteren Abnahme der depressiven Symptomatik bei den Patienten der Hausarztbehandlung begründet ist. Eine solche Verbesserung ist zum einen bei nicht-chronifizierten Patienten mit einer Depression erwartbar, zum anderen haben auch Patienten der Hausarztbehandlung nach

der 4-Monats-Katamneseerhebung zusätzlich psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen. Der geringere Anteil an Patienten mit einer zusätzlichen antidepressiven Medikation (30%) gegenüber den Patienten der Hausarztbehandlung (49%) spricht ebenfalls für die Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Hausarztbehandlung. Ferner ließen sich zwischen der Gesprächspsychotherapie und der Kognitiven Verhaltenstherapie weder zur 4-Monats-Katamnese noch zur 12-Monats-Katamnese signifikante Unterschiede im primären Zielkriterium BDI nachweisen.

■ Zur Aussagekraft der Studie für den Bereich der Angststörungen: Bei einem Drittel der Patienten war die Diagnose einer Angst- oder Zwangsstörung gestellt, unter Hinzuziehung der Patienten mit der Diagnose „Angst und Depression gemischt“ betrug der Anteil dieser Patienten sogar 58%. Da jedoch weder Analysen für die Subgruppe der Patienten mit einer Angst- oder Zwangsstörung geplant und durchgeführt noch für die Angststörung spezifische Zielparame-ter erhoben wurden, ist diese Studie nicht geeignet zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie bei Angst- und Zwangsstörungen.

### Studie von Greenberg und Watson (1998), Evidenzstufe Ib

Die Studie vergleicht die Wirksamkeit der auf 16 bis 20 Sitzungen begrenzten Process-Experiential (PE) Therapy mit einer ihrer Komponenten, der Klientenzentrierten Psychotherapie bei 34 Patienten mit einer depressiven Störung, die randomisiert einer der beiden Behandlungsbedingungen zugewiesen wurden. Beide Behandlungsbedingungen führen zu Behandlungsende und zur 6-Monats-Katamnese zu einer klinisch bedeutsamen, signifikanten und stabilen Abnahme der mit dem BDI gemessenen depressiven Symptomatik. Dabei zeigen Patienten der PE-Behandlungsbedingung eine schnellere Abnahme der depressiven Symptomatik zur Mitte der Behandlung und eine signifikant stärkere Abnahme der globalen Symptomatik zum Behandlungsende.



Der Anteil der vollständig remittierten Patienten lag in der PE-Bedingung je nach angewandtem Kriterium zwischen 76% und 80%. Einschränkungen der Aussagekraft der Studie resultieren insbesondere aus dem Fehlen einer Kontrollgruppe, in der nicht Gesprächspsychotherapie realisiert wurde sowie aus der relativ kleinen Stichprobengröße und der auf Grund der Ausschlusskriterien resultierenden Selektivität der Stichprobe. Dennoch zeigt die Studie für beide Varianten der Gesprächspsychotherapie klinisch bedeutsame und zur 6-Monats-Katamnese stabile Behandlungseffekte. Diese Studie wurde von der Themengruppe im HTA-Bericht ohne nähere Begründung als nicht relevant für die Fragestellung klassifiziert.

### Studie von Watson et al. (2003), Evidenzstufe Ib

Die Studie vergleicht die Wirksamkeit der auf 16 Sitzungen begrenzten „process-experiential therapy“ (PET) und der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei insgesamt 66 von ursprünglich 93 Patienten mit einer depressiven Störung, die den beiden Behandlungsbedingungen randomisiert zugewiesen wurden. Für beide Behandlungsbedingungen zeigt sich zum Behandlungsende eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik im BDI. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich dabei nicht voneinander. Ferner zeigt sich bei beiden Behandlungsbedingungen eine signifikante Abnahme der globalen psychopathologischen Symptomatik, der dysfunktionalen Kognitionen und der interpersonellen Probleme sowie eine signifikante Verbesserung des Selbstwerts und des Copingstils. Bei der Reduktion der interpersonellen Probleme erweist sich die PET-Bedingung dabei als der KVT signifikant überlegen. Die Stichprobengröße dieser komparativen Studie liegt im für eine Psychotherapiestudie mittleren Bereich. Die statistische Power von 0,80 würde jedoch ausreichen, um bei einem  $\alpha = 0,05$  Unterschiede im Ausmaß einer annähernd großen Effektstärke nachzuweisen. Die Ergebnisse belegen somit die Wirksamkeit von GPT und lassen darüber hinaus den

Schluss zu, dass GPT in dieser Studie ebenso wirksam ist wie Verhaltenstherapie.

Im HTA-Bericht wird die Aussagekraft dieser Studie zum einen mit dem Argument in Zweifel gezogen (HTA-Bericht/Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, S. 309), dass es sich bei der PET nicht um Gesprächspsychotherapie im Sinne der Antragstellung handele, da die PET „eine Kombination aus klientenzentrierter Psychotherapie und Gestalttherapie“ sei, bei der die Wirksamkeitsanteile, die der Gesprächspsychotherapie zuzurechnen sind, nicht zu bestimmen seien. Dieses Argument ist zurückzuweisen, da es sich bei der PET um eine Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie handelt, die zwingend dem Beratungsgegenstand zuzurechnen ist (siehe Abschnitt „Neuere Definitionen von Gesprächspsychotherapie“ in diesem Beitrag). Ferner wird im HTA-Bericht der Themengruppe bemängelt, dass die Studie nicht die Frage nach der Stabilität der Effekte beantwortete. Zwar ist es angemessen, für einen Anwendungsbereich auch den Nachweis der Stabilität einer Behandlung zu erbringen, dies ist jedoch nicht für jede einzelne Studie zu fordern, da der Nachweis der Stabilität der Effekte auch in anderen Studien erbracht werden kann. In diesem Fall sei beispielhaft auf die Studie von Greenberg und Watson (1998) verwiesen, welche die Stabilität der Behandlungseffekte der PET zur 6-Monats-Katamnese bei Patienten mit einer depressiven Störung zeigt.

### Studie von Cooper et al. (2003), Evidenzstufe Ib

Die Studie vergleicht die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie, Kognitiven Verhaltenstherapie, Psychodynamischen Therapie und primärärztliche Routineversorgung bei 193 Patientinnen mit einer post-partalen Depression, die randomisiert auf eine der vier Behandlungsbedingungen zugewiesen wurden. Die Dauer der Behandlungen war begrenzt auf bis zu 11 wöchentliche Behandlungssitzungen im Haushalt der Patienten zwischen der 8. und 18. Woche post partum.

Die Gesprächspsychotherapie wie auch die anderen beiden psychotherapeutischen Behand-

lungsbedingungen zeigten sich zur 4,5-Monats-Katamnese hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik der Routinebehandlung signifikant überlegen. In Bezug auf die Remissionsrate zeigte sich lediglich die Psychodynamische Therapie der Routinebehandlung zur 4,5-Monats-Katamnese überlegen. Zur 9-Monats-, 18-Monats- und 5-Jahres-Katamnese zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Depressivität, Remissions- oder Relapse-Rate zwischen den vier Behandlungsbedingungen.

Im HTA-Bericht der Themengruppe wird diese Studie als nicht relevant für die Fragestellung klassifiziert mit dem Verweis auf Unklarheiten, ob es sich bei der Bedingung des non-directive counselling um Gesprächspsychotherapie handle, die Qualifikation der Therapeuten unklar sei, das therapeutische Setting „Hausbesuche“ nicht mit den deutschen Versorgungsbedingungen vergleichbar sei und das Krankheitsbild der post-partalen Depression in der ambulanten Regelversorgung nach Psychotherapie-Richtlinien nur selten vorkomme und vorzugsweise stationär bzw. psychiatrisch medikamentös behandelt werde. Hierzu ist anzumerken, dass sich die non-direktive Beratung des National Health Service (NHS) am klientenzentrierten Behandlungskonzept orientiert. Die Unklarheiten hinsichtlich der Qualifikation der Therapeuten sprechen in Bezug auf den Vergleich der Gesprächspsychotherapie und der Routinebehandlung eher dafür, dass die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in dieser Studie tendenziell unterschätzt wurde. Ferner handelt es sich bei der post-partalen Depression zwar um eine seltenere Störung auf dem Spektrum der depressiven Störungen, nichtsdestotrotz ist diese Störung behandlungsbedürftig und dies vor dem Hintergrund der notwendigen Förderung einer positiven Mutter-Kind-Beziehung keineswegs primär medikamentös. Schließlich erscheint für diese Patientengruppe das gewählte Therapie-Setting eines Hausbesuchs durchaus adäquat und stellt die Aussagekraft der Studie für die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie nicht substanziell in Frage.

## Studie von Goldman et al. (2006), Evidenzstufe Ib

Die Studie vergleicht die Wirksamkeit der auf 16 bis 20 Sitzungen begrenzten Process-Experiential Therapy (PET) mit einer ihrer Komponenten, der Klientenzentrierten Psychotherapie (CCT) bei 38 von 42 Patienten mit einer depressiven Störung, die randomisiert auf eine der beiden Behandlungsbedingungen zugewiesen wurden. Wenngleich ein primäres Zielkriterium in der Publikation nicht explizit als solches angegeben wird, lässt sich aus dem Studiendesign ableiten, dass dem BDI diese Bedeutung zukommt. Beide Behandlungsbedingungen führen zu Behandlungsende zu einer klinisch bedeutsamen, signifikanten und stabilen Abnahme der depressiven Symptomatik. Dabei zeigen Patienten der PE-Behandlungsbedingung eine signifikant stärkere Abnahme der depressiven Symptomatik zum Behandlungsende. Der Anteil der vollständig remittierten Patienten unterschied sich zwischen den beiden Behandlungsbedingung nicht und fiel mit 79% (PET) und 68%(CCT) in beiden Behandlungsbedingungen sehr hoch aus. Darüber hinaus zeigten sich auch hinsichtlich der globalen psychopathologischen Symptombelastung, der interpersonellen Probleme und dem Selbstwert signifikante Verbesserungen in beiden Behandlungsbedingungen bei signifikanter Überlegenheit der PET. Einschränkungen der Aussagekraft der Studie resultieren insbesondere aus dem Fehlen einer Kontrollgruppe, in der nicht Gesprächspsychotherapie realisiert wurde sowie aus der relativ kleinen Stichprobengröße. Diese Studie wurde nach Beendigung der systematischen Literaturrecherche der Themengruppe im Februar 2006 publiziert und blieb daher bislang unberücksichtigt.

■ Ergebnis: Nachweis des Nutzens einschließlich des Nachweises der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie ist erbracht (Stufe I).

## Angststörungen und Zwangsstörungen

Die Themengruppe Gesprächspsychotherapie hatte gemäß Nutzenbericht insgesamt 20 Publikatio-





nen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Angst- und Zwangsstörungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden. Von der Expertenkommission wurde eine weitere Studie dem Anwendungsbereich der Anpassungsstörungen zugeordnet (Shaffer et al. 1981).

Darüber hinaus wurden zwei weitere Publikationen zu einer Studie geprüft, die in der Übersichtsarbeit von Elliott et al. (2004) für den Bereich der Angststörungen aufgeführt werden. Schließlich wurden vier Publikationen in einer Langauswertung geprüft, welche die Themengruppe Gesprächspsychotherapie im zweiten Screening ausgeschlossen hatte. Ferner wurde eine weitere Publikation in die Auswertung einbezogen, die sich auf eine Studie einer bereits eingeschlossenen Publikation bezog.

Im Ergebnis wurde eine Studie identifiziert, welche die Untersuchung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie zum Gegenstand hatte und die als geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurde (Grawe 1976, Plog 1976).

Darüber hinaus wurden zwei Studien identifiziert, die Hinweise auf eine wirksame Anwendung der Gesprächspsychotherapie im stationären Setting liefern (Teusch, Böhme 1991; Teusch et al. 1997; Teusch et al. 2001a; Teusch, Böhme 1999).

Weiterhin wurde eine Studie identifiziert, welche die Untersuchung einer Intervention mit Elementen der Gesprächspsychotherapie zum Gegenstand hatte, die jedoch nicht als Gesprächspsychotherapie im engeren Sinne oder deren Weiterentwicklung eingeschätzt wurden. Eine randomisierte Studie zur Behandlung von Angststörungen (überwiegend Panikstörung und nicht näher bezeichnete Angststörung, NNB) bei älteren Patienten zeigt für die Supportive Beratung eine signifikante Abnahme der Angst (Barrowclough et al. 2001).

## Studie von Grawe (1976), Evidenzstufe Ib

Die Studie untersucht die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltensthera-

pie im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe, die weiterhin in nervenärztlicher Behandlung verblieb, bei insgesamt 53 Patienten mit phobischen Störungen, mehrheitlich mit einer agoraphoben oder soziophoben Symptomatik, die randomisiert auf die drei Bedingungen zugewiesen wurden.

Die Studie zeigt zum Behandlungsende eine signifikante Abnahme der Angstsymptomatik sowohl der gesprächspsychotherapeutisch wie auch der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten im Vergleich zur nervenärztlich behandelten Kontrollgruppe. Dabei unterschieden sich die beiden psychotherapeutischen Behandlungsgruppen hinsichtlich der Symptomveränderungen nicht signifikant voneinander. Zentrales Instrument der Symptomveränderung waren die Rating-Skalen von Gelder und Marks, die multiperspektivisch eingesetzt wurden (Patientenselbsteinschätzung, Expertenfremdeinschätzung und Fremdeinschätzung durch jeweils einen Angehörigen der Patienten). Die Ergebnisse der positiven Symptomveränderungen zeigen sich konsistent über alle drei Perspektiven. Die Symptomverbesserungen blieben in der Gesprächspsychotherapiebehandlungsgruppe zur 4-Monats-Katamnese stabil, während es in der Verhaltenstherapiebehandlungsgruppe im Vergleich zur Gesprächspsychotherapie zu einer signifikanten Zunahme des Vermeidungsverhaltens kam.

Im Bereich der Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen waren die Forschungshypothesen der Studie stärker explorativ formuliert worden und bezogen sich auf die Erwartung einer Verbesserung auf den Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI), dem zentralen Messinstrument für diesen Bereich, auf denen die Patientenstichprobe signifikant von den Normwerten abwich. Entgegen der Forschungshypothese zeigen sich für die Gesprächspsychotherapie im Behandlungszeitraum auf den Skalen des FPI keine signifikanten Veränderungen. Im Katamnesezeitraum zeigen sich hier jedoch auf den Skalen „Geselligkeit“, „Extraversion“, „Offenheit“ und „Maskulinität“ signifikante Verbesserungen. Die Patienten der Verhaltenstherapiebedingung verbessern sich im Behandlungszeitraum signifikant

auf den Skalen „Nervosität“, „Depressivität“, „Gelassenheit“, „Neurotizismus“ und „Maskulinität“.

Ferner zeigen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe sowohl für die Gesprächspsychotherapie als auch die Verhaltenstherapie eine signifikante Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit und für die Gesprächspsychotherapie weiterhin eine Zunahme in Maßen der Übereinstimmung von Selbst- und Idealbild.

Im HTA-Bericht wird darauf verwiesen, dass die Aussagekraft dieser Studie wegen deutlicher methodischer Schwächen vorsichtig zu interpretieren sei. Zum einen wird angeführt, dass die Randomisierung nicht adäquat gewesen sei. In dem entsprechenden Feld des Consortbogens (HTA-Bericht/Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, S. 329) wird hierzu ausgeführt: *„Patienten wurden nach dem Prätest durch Würfeln den verschiedenen Bedingungen zugewiesen. Aber: da die zur Mitarbeit bereiten Therapeuten auf Patientenzuweisung drängten, wurde zeitweise nur zwischen den Behandlungsbedingungen ausgewürfelt. Dies führte zu einer zeitlichen Verschiebung bei der Kontrollgruppe: der Posttest erfolgte im Mittel etwas später als bei den beiden anderen Gruppen.“*

Hierzu ist anzumerken, dass dieses Abweichen von der üblichen Form der Randomisierung bei wenigen Patienten kaum zu systematischen Unterschieden zwischen der Kontrollgruppe und den beiden psychotherapeutischen Behandlungsgruppen geführt haben dürfte, da hierfür keine Patientenmerkmale ausschlaggebend waren und die Rekrutierungsprozeduren für die Stichprobe konstant blieben. Die Daten zur Symptombelastung und anderen Patientenmerkmalen bei Behandlungsbeginn geben auch keinen Hinweis auf einen Selektionsbias.

Weiterhin wird im HTA-Bericht die „sehr kleine Stichprobe“ kritisiert. Wenngleich größere Stichproben in Psychotherapiestudien grundsätzlich wünschenswert sind, liegt diese für die Testung der Überlegenheitshypothese (Gesprächspsychotherapie bzw. Verhaltenstherapie gegenüber der nervenärztlichen Behandlung) im aussagekräftigen Bereich. Lediglich für den

Nachweis, dass die beiden Psychotherapiebedingungen gleich wirksam sind, ist die Stichprobe als sehr klein einzuschätzen.

Darüber hinaus wird im HTA-Bericht die fehlende Operationalisierung der Diagnosestellung kritisiert. Die wissenschaftliche Entwicklung im Bereich der Diagnostik psychischer Störungen war jedoch zum Zeitpunkt der Studie noch nicht so weit entwickelt, dass dies nach heutigen Standards möglich gewesen wäre. Das in der Studie gewählte Vorgehen, insbesondere die Rekrutierung von Patienten, die seit mehreren Jahren wegen ihrer Angststörung in nervenärztlicher Behandlung waren, stellt jedoch sicher, dass die Patienten unter krankheitswertigen Störungen litten, die dem Anwendungsbereich der Angst- und Zwangsstörungen zuzurechnen sind. Unter diesem Aspekt besitzt die Studie eine hohe externe Validität.

Ferner wird die Kritik im HTA-Bericht einer fehlenden differenzierten Darstellung der Charakteristika nicht weiter substantiiert und ist in Anbetracht der in den beiden relevanten Publikationen von Grawe (1976) und Plog (1976) vorliegenden differenzierten Informationen zu Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Einkommen, Krankheitsdauer und Maßen der Ausgangsbelastung nicht nachvollziehbar. Auch der Verweis darauf, dass die Behandlungen durch Studenten durchgeführt wurden, ist nicht geeignet die Aussagekraft der Studie in Frage zu stellen, da dies im Vergleich zur nervenärztlichen Behandlung durch einen erfahrenen Facharzt ein Nachteil für die Psychotherapiebedingungen war, die sich dennoch überlegen zeigten.

Schließlich werden im HTA-Bericht die vielen Veränderungsmesswerte kritisiert und dass 75 Variablen im 3-fachen Vergleich bei 53 Patienten getestet wurden. Hierzu ist anzumerken, dass es zum Zeitpunkt der Studie in der Psychotherapieforschung noch nicht üblich war, explizit primäre und sekundäre Zielkriterien auszuweisen. Der Studie ist dennoch zu entnehmen, dass zum einen die Symptomveränderungen die primäre „Zieldimension“ sind, entsprechend auch als erster Abschnitt in der Ergebnisdarstellung referiert werden und die Ratingskalen von Gelder und Marks, welche als „hauptsächliches Instrument“



bezeichnet werden, in diesem Sinne als primäres Zielkriterium zu werten sind.

Die im Feld „Abschließende Bewertung“ resümierende Feststellung, dass „aufgrund der multiplen Testungen Bestätigungsstudien notwendig gewesen wären“ ist für die Fragestellung der differenziellen Psychotherapieeffekte zutreffend, jedoch nicht für die hier primär relevante Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie gegenüber der nervenärztlichen Routinebehandlung.

## Studie von Barrowclough (2001), Evidenzstufe Ib

Die komparative Studie untersucht die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Supportiver Beratung mit jeweils 8 bis 12 Sitzungen bei 43 von 55 randomisiert zugewiesenen älteren Patienten mit verschiedenen Angststörungen (überwiegend Panikstörung und Angststörung NNB). Eine den Interventionen vorangehende sechswöchige Baseline-Phase, die in Grenzen als Eigenwartekontrolle herangezogen werden kann, zeigt die Persistenz der Symptomatik. Beide Interventionen wurden überwiegend in der Wohnung der Patienten durchgeführt.

In der Bedingung der Supportiven Beratung wurden erkennbar zentrale Merkmale der Gesprächspsychotherapie verwirklicht („provide empathy, respect (unjudgemental acceptance) and genuineness“). Sie bildeten den wesentlichen Bestandteil der Intervention. Für die Bedingung der Supportiven Beratung zeigt sich auf vier von fünf Zielparametern, darunter in den zentralen Maßen der Angstsymptomatik in der Selbst- und Fremdeinschätzung, eine signifikante Reduktion der Symptomatik, die auch zur 12-Monats-Katamnese stabil blieb. Dabei zeigen 39% der Patienten eine klinisch bedeutsame Verbesserung. Die kognitive Verhaltenstherapie zeigt sich gegenüber der Supportiven Beratung in vier von fünf Zielparametern signifikant überlegen. Auch der Anteil der klinisch signifikant gebesserten Patienten fällt mit 71% signifikant höher aus als bei der Supportiven Beratung. Allerdings ist die Drop-out-Rate in der Bedingung der

kognitiven Verhaltenstherapie (37%) insbesondere während der Baseline-Periode doppelt so hoch wie in der Supportiven Beratung (18%).

Weitere Einschränkungen in der Aussagekraft bzw. Generalisierbarkeit der Studie ergeben sich unter anderem aus dem Fehlen einer unabhängigen Kontrollgruppe, der parallelen psychopharmakologischen Behandlung (bei 100% der Stichprobe) und der geringen Anzahl an Therapeuten in der Studie (nur ein Therapeut in der Bedingung der Supportiven Beratung).

Die Studie war von der Themengruppe weder in der Langauswertung geprüft worden, noch war sie Teil der im zweiten Screening der Themengruppe ausgeschlossenen Studien. Die Expertenkommission identifizierte diese Studie über die Übersichtsarbeit von Elliott et al. (2004) im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“.

## Studie von Teusch et al. (1991), Evidenzstufe IV

Die Studie untersucht die Effekte einer stationären Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Behandlungskonzept bei einer konsekutiven Stichprobe von 29 Patienten mit einer Agoraphobie und/oder Panikstörung. Bezogen auf das Auftreten von Angst bzw. Panikattacken berichten zur Ein-Jahres-Katamnese 17% der Patienten keine Besserung, 24% der Patienten berichten eine Abnahme der Angsthäufigkeit und Intensität und 59% berichten eine vollständige oder nahezu vollständige Remission. Zum Vermeidungsverhalten berichtet knapp ein Viertel der Patienten keine bedeutsamen Verbesserungen durch die Behandlung, knapp ein Viertel der Patienten gibt eine deutliche Besserung des Vermeidungsverhaltens an und gut die Hälfte der behandelten Patienten berichtet eine vollständige oder nahezu vollständige Remission des agoraphoben Vermeidungsverhaltens.

## Studie von Teusch et al. (1997, 1999, 2001), Evidenzstufe IV

Die ursprüngliche Studie von 1997 untersucht in einem randomisiert-kontrollierten Design den

Nutzen der Ergänzung eines stationären gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsprogramms um eine Expositionsbehandlung bei insgesamt 40 Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie. Für die Fragestellung des Nutzens der Gesprächspsychotherapie entspricht die Studie daher dem Design einer nicht-vergleichenden Studie der Evidenzstufe IV. Es zeigt sich für beide Behandlungsgruppen eine signifikante Abnahme der Angstsymptomatik, des Vermeidungsverhaltens und der depressiven Symptomatik. Dabei zeigt sich für den Katamnesezeitraum eine weitere signifikante Symptomreduktion. In einer der beiden späteren Publikationen wurden zusätzlich 28 Patienten in die Analysestichprobe aufgenommen, die nicht randomisiert auf die Behandlungsbedingungen zugewiesen worden waren. In der anderen Publikation wird eine Stichprobe aus einer Publikation einer anderen Arbeitsgruppe zur ambulanten Expositionsbehandlung bei Angstpatienten als ad hoc Vergleichsgruppe herangezogen.

■ Ergebnis: Substanzuelle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie einschließlich einer methodisch adäquaten Studie zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. Zusätzlich liegen Hinweise aus mehreren Studien vor, dass die Gesprächspsychotherapie auch im stationären Bereich bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen erfolgreich anwendbar ist (Stufe II).

## Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen

■ Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern (Stufe IV).

## Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht insgesamt fünf Publi-

kationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden. Die Expertenkommission ordnete darüber hinaus diesem Anwendungsbereich die Publikation von Shaffer et al. (1981) zu. Ferner wurde die Ergebnisdarstellung der Studie von (Altenhöfer et al. 2006) durch die Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese Gorschenek (2007) ergänzt. Darüber hinaus wurde in Ergänzung zur Publikation von Dirks et al. (1982) auch die Dissertation von Kalliner (1981) berücksichtigt, die eine ausführlichere Ergebnisdarstellung dieser Studie enthält.

Insgesamt wurden zwei Studien identifiziert, welche die Untersuchung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bzw. deren Weiterentwicklung zum Gegenstand hatten und die als geeignet für den Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurden (Altenhöfer et al. 2006; Paivio, Nieuwenhuis 2001). Die Studie von Altenhöfer et al. (2006) zeigt die Wirksamkeit einer zeitlich begrenzten Gesprächspsychotherapie von Patienten mit Anpassungsstörungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe. Die Studie von Paivio et al. (2001) zeigt die Wirksamkeit der Emotion Focused Therapy, die auf den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie von Greenberg beruht, bei Patienten mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe.

Darüber hinaus wurde eine Studie zur Gruppentherapie bei Krebspatienten (Dircks et al. 1982) auf Grund methodischer Schwächen als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie eingeschätzt.

## Studie von Altenhöfer et al. (2007), Evidenzstufe IIb

Die Studie untersucht die Wirksamkeit einer auf 12 Sitzungen begrenzten Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe bei insgesamt 50 Patienten mit einer Anpassungsstörung. Dabei zeigt sich auf allen primären Ziel-



kriterien eine signifikante Reduktion der Symptomatik gegenüber der Wartekontrollgruppe einschließlich der Angst- und depressiven sowie der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik. Die Behandlungseffekte der Gesprächspsychotherapie bleiben auch zur 6-Monats-Katamnese stabil.

Die Studie wird vom G-BA in den Tragenden Gründen als Studie eingeordnet, die einen schwachen Hinweis auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie gibt. Wirksamkeit und Nutzen könnten jedoch nicht hinreichend belegt werden, da die Gesprächspsychotherapie mit einer unbehandelten Wartekontrollgruppe verglichen werde und die Medikamenteneffekte unkontrolliert seien. Im HTA-Bericht wird insbesondere kritisiert, dass die begleitende Medikation (bei 48,4% der Patienten) nicht spezifiziert und nicht berichtet wurde, welche Substanzen in welchen Dosierungen zum Einsatz kamen und ob die Substanzgruppen auf beide Gruppen gleich verteilt waren. In den Tragenden Gründen wird in Erwiderung auf die erste Stellungnahme der BPTK zu diesem Punkt weiter ausgeführt, dass gerade die nachgelieferten Ergebnisse in den beiden Fremdeinschätzungsverfahren keine eindeutigen Erkenntnisse darüber zulassen, ob die Medikamentenkontamination in den beiden Gruppen tatsächlich ohne Effekt auf die Behandlungsergebnisse waren.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass auch die ergänzenden Datenanalysen keinen Hinweis auf einen Bias auf Grund von Medikamenteneffekten liefern. Die Ergebnisse von Subgruppenanalysen zu den Patienten ohne Medikation bestätigen die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie; Gleiches gilt für die Subgruppe der Patienten mit Medikation. Hier deuten sich für die Behandlungsgruppe etwas geringere Symptomverbesserungen an, wobei dieser Unterschied nicht signifikant wird. Es gibt jedoch keinen Anhalt für einen differenziellen Einfluss der Medikation auf die Symptomveränderungen in den beiden Gruppen.

## Studie von Paivio et al. (2001), Evidenzstufe IIb

Die Studie untersucht die Wirksamkeit der "Emotion-Focused Therapy" (EFT) im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe bei insgesamt 37 von 46 zugewiesenen Patienten mit kindlicher Missbrauchserfahrung. Die Emotion-Focused Therapy –adult survivor (EFT-AS) basiert auf den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie von Greenberg und wurde für die Behandlung von Patienten mit Missbrauchserfahrungen angepasst. Die untersuchte Intervention wurde von der Themengruppe fälschlich nicht als Gesprächspsychotherapie gewertet und daher in der Nutzenbewertung nicht weiter berücksichtigt.

Die Behandlung erfolgte unter Verwendung eines Therapiemanuals in 20 wöchentlichen Therapiesitzungen. Der größte Teil der Patienten erfüllte die Kriterien der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Patienten der Behandlungsgruppe zeigen gegenüber der Wartekontrollgruppe mit einer Ausnahme signifikante Verbesserungen auf allen primären Zielkriterien (u.a. IES, SCL-90, IIP), die auch zur 9-Monats-Katamnese stabil blieben. Auch die nach der Warteperiode behandelten Patienten der Wartekontrollgruppe erzielen vergleichbare Beschwerdebesserungen. Zusammengefasst über die verschiedenen Zielparameter wurden 54% der Patienten als geheilt eingestuft und 66% der Patienten zeigen nach dem Konzept des Reliable Change Index (RCI) statistisch signifikante Verbesserungen.

## Studie von Dircks et al. (1982), Evidenzstufe IIb

Die Studie untersucht die Effekte von gesprächspsychotherapeutischer Gruppentherapie bei insgesamt 58 Patienten mit psychischen Belastungen bei verschiedenen Krebserkrankungen.

Für die Gruppe der gesprächspsychotherapeutisch behandelten Krebspatienten zeigen sich zur Katamnese im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Abnahme auf der Skala „Nervosität“ des FPI sowie eine Zunahme sozialer Aktivitäten.

Deutliche Einschränkungen der Aussagekraft der Studie ergeben sich auch aus der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Kontrollgruppe, der fehlenden klinischen Diagnostik der Patienten sowie aus Problematik des multiplen Testens.

- Ergebnis: Es liegen substantielle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie vor, einschließlich zweier unabhängiger Studien mit einem methodisch adäquaten Wirksamkeitsnachweis (Stufe II).

## Esstörungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht keine Publikationen zum Anwendungsbereich der „Essstörungen“ identifiziert, die der Langauswertung hätten zugeführt werden können. Die Expertenkommission konnte bei der Prüfung der im zweiten Screening ausgeschlossenen Publikationen eine teilweise randomisiert-kontrollierte Studie (Dissertation) zur Behandlung von Patienten mit Anorexia nervosa identifizieren (Arnold 1993). Auf Grund zahlreicher methodischer Mängel wurde diese Studie von der Expertenkommission allerdings als nicht geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet.

- Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern (Stufe IV).

## Nicht-organische Schlafstörungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht eine Publikation identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Nicht-organischen Schlafstörungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurde (Engel-Sittenfeld et al. 1980). Diese wurde auf Grund erheblicher methodischer Mängel als nicht aussagekräftig für die Fragestellung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet.

- Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen der Gesprächspsychotherapie liefern (Stufe IV).

## Sexuelle Funktionsstörungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht keine Publikation identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Sexuellen Funktionsstörungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurde.

- Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern (Stufe IV).

## Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht drei Publikationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden (Eckert et al. 2000, Teusch et al. 2001b, Wuchner 1997). Die Expertenkommission prüfte darüber hinaus eine weitere Publikation aus der Übersichtsarbeit von Elliott (2004) zur Behandlung von Patienten mit Sexsucht, die diesem Anwendungsbereich zugeordnet wurde (Klontz et al. 2005). Diese Studie wurde jedoch als für die Fragestellung irrelevant eingeschätzt, da die untersuchte Intervention kaum Elemente der Gesprächspsychotherapie beinhaltet.

Insgesamt konnten zwei Publikationen zu einer nicht-vergleichenden Studie zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung identifiziert werden, die vor dem Hintergrund der Chronizität dieser Störung auf Grund der signifikanten Verbesserungen der störungsspezifischen Symptomatik als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurde (Eckert et al. 2000).

### Studie von Wuchner (1997), Eckert et al. (2000); Evidenzstufe IV

Die Studie untersucht die Effekte einer auf 100 Sitzungen begrenzte gesprächspsychotherapeu-



tische Gruppenpsychotherapie bei 14 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Behandlung wurde ambulant in diagnostisch gemischten Gruppen (je ein Drittel Patienten mit einer Depression bzw. einer Schizophrenie) bei zwei wöchentlichen eineinhalbstündigen Sitzungen über einen Zeitraum von etwa anderthalb Jahren. Nachuntersucht wurden die Patienten vier Jahre nach Beginn der Therapie bzw. etwa zwei bis zweieinhalb Jahre nach Therapieende. Die Veränderungen in der Borderline-Symptomatik wurden mit Veränderungen bei depressiven und schizophrenen Patienten einer psychiatrischen Regelversorgung verglichen.

Die Patienten zeigten am Ende der Gruppenpsychotherapie eine signifikante Reduktion der Borderline-spezifischen Symptomatik auf den Skalen „Impulskontrolle“, „Affekte“, „Psychotische Symptome“ und „Zwischenmenschliche Beziehungen“ sowie dem Gesamtwert des diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten (DIB). Während zu Behandlungsbeginn 93% der Patienten das DIB-Kriterium für die Diagnose einer Borderline-Störung überschritten, war dies zur Katamnese nur noch bei 14% der Patienten der Fall. Einschränkungen der Aussagekraft der Studie ergeben sich insbesondere aus dem Fehlen einer adäquaten Vergleichsgruppe bei fehlender Kontrolle von weiteren möglichen Wirkgrößen (insbesondere Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer Hilfen, Medikation).

- Ergebnis: Es gibt Hinweise auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie (Stufe III).

## Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen bei Erwachsenen liefern (Stufe IV). Studien zur Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen wurden für diesen Bereich nicht geprüft.

## Störungen durch psychotrope Substanzen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht vier Publikationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden. Die Expertenkommission identifizierte darüber hinaus zwei weitere Publikationen, die diesem Anwendungsbereich zugeordnet wurden (eine Publikation, die im zweiten Screening ausgeschlossen wurde sowie eine Publikation aus der Übersicht von Elliott 2004). Vier Publikationen wurden auf Grund gravierender methodischer Mängel als nicht hinreichend aussagekräftig für die Fragestellung bewertet. Eine weitere Studie wurde als irrelevant ausgeschlossen, da die untersuchte Intervention nicht als Realisierung von Elementen der Gesprächspsychotherapie gewertet werden konnte.

Insgesamt wurde eine prospektiv-vergleichende Kohortenstudie zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit identifiziert, die lediglich wegen der geringen Stichprobengröße als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurde (Ends, Page 1957).

### Studie von Ends (1957), Evidenzstufe IIb

Die Studie untersucht die Effekte stationärer Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholikern. Insgesamt werden 96 Patienten auf vier verschiedene Behandlungsbedingungen im Gruppen-Setting zugewiesen: neben der Kontrollgruppe, Gesprächspsychotherapie, einer lernorientierten Behandlung sowie einer analytischen Psychotherapie. Die Auswertungen beziehen sich auf eine Stichprobe von 63 Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Neben den ausführlich dargestellten Veränderungen der Übereinstimmung von Selbst und Selbstideal – einem in der Gesprächspsychotherapie bedeutsamen Indikator für psychische Gesundheit – berichtet die Studie auch Daten zur

Abstinenz bzw. Besserung der Suchtproblematik zur 1,5-Jahres-Katamnese. Danach liegt der Anteil der deutlich gebesserten Patienten in der Gesprächspsychotherapiebedingung im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 47 vs. 18% signifikant höher. Auch der Anteil der stationären Wiederaufnahmen im selben Krankenhaus liegt für die gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten signifikant niedriger als für die Patienten der Kontrollbedingung.

Aus heutiger Sicht ergeben sich Einschränkungen der Aussagekraft der Studie sich aus einer Reihe methodischer Mängel, unter anderem aus der geringen Stichprobengröße, einem möglichen Selektionsbias bei der Zuweisung der Patienten zu den Behandlungsgruppen sowie der Unangemessenheit der verwendeten statistischen Methoden.

- Ergebnis: Es gibt Hinweise auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie (Stufe III).

## Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen<sup>9</sup>

- Ergebnis: Es liegen keine Studien vor, die Hinweise auf einen Nutzen liefern (Stufe IV).

## Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht vier Publikationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Seelischen Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden.

Über das Update der Literaturrecherche konnte eine weitere Publikation zur Wirksamkeit der

Gesprächspsychotherapie bei chronischem Rückenschmerz identifiziert werden. Darüber hinaus wurde von der Expertenkommission eine weitere Publikation identifiziert, die in der Übersichtsarbeit von Elliott et al. (2004) enthalten ist. Ferner wurden zwei Publikationen, die von der Themengruppe im zweiten Screening ausgeschlossen wurden, durch die Expertenkommission in einer Langauswertung geprüft.

Insgesamt wurde eine prospektive vergleichende Kohortenstudie zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen identifiziert, die vor allem auf Grund der begrenzten Vergleichbarkeit der Kontrollgruppe als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit bewertet wurde (Sachse 2006).

Darüber hinaus wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen mit Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu einer „exercise therapy“ identifiziert, die zur Katamnese keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gesprächspsychotherapie und einer „exercise therapy“ zeigte (Machado et al. 2007). Die Aussagekraft der Studie ist jedoch auf Grund erheblicher methodischer Mängel stark eingeschränkt (insbesondere auf Grund einer nicht erfolgreichen Randomisierung in Bezug auf wichtige Prädiktoren des Therapieerfolgs und einer mangelhaften Therapieadhärenz in beiden Vergleichsbedingungen).

Ferner wurde eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Behandlung von depressiv belasteten HIV-Patienten identifiziert, bei der die Intervention der Supportiven Psychotherapie, welche zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie beinhaltet (GT II), der Behandlung mit Interpersoneller Psychotherapie und der Kombinationsbehandlung von Supportiver Psychotherapie und Imipramin signifikant unterlegen war (Markowitz 1998). Auf Grund einiger methodischer Mängel wie beispielsweise einem geringeren zeitlichen Aufwand für die Supportive Psychotherapie, wurde diese Studie als nur eingeschränkt geeignet für den Nachweis der Überlegenheit anderer Interventionen gegenüber der Supportiven Psychotherapie bewertet.

<sup>9</sup> in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen





## Studie von Sachse (2006), Evidenzstufe Ib

Die Studie untersucht die Effekte der zielorientierten Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen (CEDE). In zwei Studienphasen wurden zunächst 29, danach weitere 88 Patienten mit CEDE über durchschnittlich 33 Sitzungen gesprächspsychotherapeutisch behandelt. Als Vergleichsgruppe dienen 20 Patienten mit CEDE, die ein autogenes Training erhielten sowie 25 Patienten, die an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen. Die zielorientierte Gesprächspsychotherapie zeigt sich bei einer Reihe von Zielparametern, darunter der Symptomausprägung und der Belastung durch Symptome der CEDE, gegenüber den beiden Vergleichsgruppen signifikant überlegen. Die Behandlungsergebnisse sind auch zur 6-Monats-Katamnese stabil.

Diese Studie wurde von der Themengruppe fälschlich ausgeschlossen, da die untersuchte Intervention nicht zur klassischen Gesprächspsychotherapie zu zählen sei. Die zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist jedoch eindeutig zu den Weiterentwicklungen der Gesprächspsychotherapie zu rechnen, die in die Nutzenbewertung mit einzuschließen sind.

Einschränkungen der Aussagekraft der Studie ergeben sich aus der Art der Rekrutierung der Vergleichsgruppe, welche die Vergleichbarkeit der Gruppen fraglich erscheinen lässt. Zugleich zeigen sich für die zielorientierte Gesprächspsychotherapie überzeugende Verbesserungen bei einer Reihe von Zieldimensionen mit überwiegend großer Effektstärke.

## Studie von Machado et al. (2007), Evidenzstufe Ib

Die randomisiert-kontrollierte Studie vergleicht die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie mit einer aktiven physiotherapeutischen Übungstherapie bei insgesamt 33 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Es zeigen sich mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsbedingungen.

Das Ausmaß der Veränderungen innerhalb der jeweiligen Behandlungsgruppen wird nicht detailliert berichtet. Die grafischen Verlaufsdarstellungen deuten jedoch für die Gesprächspsychotherapie nicht auf eine signifikante Abnahme der Schmerzintensität, der Behinderung durch die Schmerzen oder der Depressivität hin.

Die Aussagekraft der Studie ist durch eine Reihe methodischer Mängel erheblich eingeschränkt. Von der auf 18 Sitzungen angesetzten Gesprächspsychotherapie nahmen die Patienten im Mittel nur an sechs Sitzungen teil. Die Randomisierung relevanter prognostischer Patientenmerkmale war nicht gelungen. Die Ergebnisdarstellung ist sehr unvollständig bei zusätzlich unangemessenen statistischen Analysemethoden.

Die Studie wurde nach Abschluss der systematischen Literaturrecherche des G-BA publiziert und von der Expertenkommission im Zuge der eigenen Literaturrecherche für den Zeitraum Februar 2006 bis August 2007 identifiziert.

## Studie von Markowitz et al. (1998), Evidenzstufe Ib

Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit von Supportiver Therapie, Interpersoneller Therapie (IPT), Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und der Kombinationsbehandlung aus Supportiver Therapie und Imipramin bei 101 depressiv belasteten HIV-Patienten. Die Supportive Therapie wird als Intervention beschrieben, welche der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers gleicht, ergänzt um Psychoedukation zu Depression und HIV. Entsprechend wurde die Supportive Therapie in dieser Studie als Intervention mit zentralen Merkmalen der Gesprächspsychotherapie (GT II) gewertet. Dagegen wurde diese Studie vom G-BA mit der Begründung ausgeschlossen, dass die Definition und Durchführung der Supportiven Therapie keine Rückschlüsse zulasse, dass es sich um Gesprächspsychotherapie handle, wie sie in Deutschland angewandt wird.

Die Supportive Therapie umfasste nach Bedarf 8 bis 16 Sitzungen, während die anderen beiden psychotherapeutischen Behandlungsbedingun-

gen auf 16 Sitzungen festgelegt waren. Für alle vier Behandlungsbedingungen zeigt sich eine signifikante Abnahme der Depressivität, sowohl in der Patientenselbsteinschätzung (BDI) als auch in der Fremdeinschätzung (HAMD). Dabei sind die IPT und die Kombination aus Supportiver Therapie und Imipramin der Supportiven Therapie allein signifikant überlegen. KVT und Supportive Therapie unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Remissionsraten wider. Dies gilt sowohl für die ITT-Analysen wie auch für die PP-Analysen.

Einschränkungen der Aussagekraft der Studie ergeben sich insbesondere aus der geringeren Therapiedosis der Supportiven Therapie im Vergleich zu IPT und KVT.

■ Ergebnis: Es gibt Hinweise auf den Nutzen der Gesprächspsychotherapie (Stufe III).

## Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht zwei Publikationen identifiziert, die dem Anwendungsbereich der „Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen“ zugeordnet und einer Langauswertung zugeführt wurden (Satz, Baraff 1962; Teusch 1984).

Darüber hinaus konnten von der Expertenkommission vier weitere Publikationen zu zwei randomisiert-kontrollierten Studien zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie mittels Supportiver Beratung im Vergleich zu Kognitiven Verhaltenstherapie und „treatment as usual“ identifiziert werden, die zum Teil von der Themengruppe im zweiten Screening ausgeschlossen bzw. in der Übersichtsarbeit von Elliott (2004) berichtet werden. Die Supportive Beratung wurde von der Expertenkommission als Intervention mit zentralen Elementen der Gesprächspsychotherapie eingeschätzt (GT II).

Insgesamt konnten zwei randomisiert-kontrollierte Studien einer Arbeitsgruppe identifiziert werden, die zur jeweiligen Katamnese die Über-

legenheit der Supportiven Beratung gegenüber der Routinebehandlung und die Nicht-Unterlegenheit der Supportiven Beratung gegenüber der Verhaltenstherapie zeigen und jeweils als Nachweis der Wirksamkeit der untersuchten Intervention bewertet wurden (Tarrrier et al. 2006, Tarrrier et al. 2000, Tarrrier et al. 2004; Tarrrier et al. 1998). Die beiden weiteren Publikationen zu diesem Anwendungsbereich wurden wie auch von der Themengruppe Gesprächspsychotherapie des G-BA aus methodischen Gründen als irrelevant für die Fragestellung bewertet.

## Studie von Tarrrier et al. (1998 und 2000), Evidenzstufe Ib

Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit von Supportiver Beratung und Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zur Routinebehandlung bei 87 psychotherapiebereiten Patienten mit einer chronischen Schizophrenie. Die Bedingung der Supportiven Beratung beinhaltete auch emotionale Unterstützung durch den Therapeuten durch die Entwicklung einer unterstützenden Therapiebeziehung, uneingeschränkte Akzeptanz und soziale Interaktion und wurde von der Expertenkommission als Intervention mit zentralen Merkmalen der Gesprächspsychotherapie (GT II) bewertet.

Zur 2-Jahres-Katamnese zeigen sich für die beiden Psychotherapiebedingungen signifikante Verbesserungen in der Positiv- und Negativsymptomatik im Vergleich zur Routinebehandlung. Dagegen bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der Hospitalisierungsraten und der Medikamentendosierung zwischen den drei Behandlungsbedingungen. Hinsichtlich der Depressivität (BDI, BHS) und dem sozialen Funktionsniveau ist die Gruppe der Supportiven Beratung sowohl der Routinebehandlung als auch der Kognitiven Verhaltenstherapie überlegen.

Einschränkungen der Aussagekraft ergeben sich aus den unterschiedlichen Krankheitsverläufen in den Behandlungsbedingungen; die günstigen Ergebnisse der Supportiven Beratung lassen sich insbesondere auf die Verbesserungen zwischen der 1- und 2-Jahres-Katamnese zurückführen.



## Studie von Tarrrier et al. (2004 und 2006), Evidenzstufe Ib

Die randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit von Supportiver Beratung und Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zur Routinebehandlung bei 309 Patienten mit einer akuten Episode einer Schizophrenie. Die Bedingung der Supportiven Beratung beinhaltete beispielsweise emotionale Unterstützung durch den Therapeuten durch die Entwicklung einer unterstützenden Therapiebeziehung, uneingeschränkte Akzeptanz und soziale Interaktion und wurde von der Expertenkommission als Intervention mit zentralen Merkmalen der Gesprächspsychotherapie (GT II) bewertet.

Zur 18-Monats-Katamnese zeigen sich die Patienten der psychotherapeutischen Behandlungsbedingungen gegenüber der Routinebehandlung auf allen drei Skalen der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) signifikant verbessert. Dagegen zeigen sich keine Unterschiede auf den Skalen „Wahnhaftige Überzeugungen“ und „Auditive Halluzinationen“ der Psychotic Symptom Rating Scales sowie der Rückfall- und Hospitalisierungsraten. Signifikante Unterschiede zwischen der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Supportiven Beratung lassen sich nicht zeigen.

Einschränkungen der Aussagekraft der Studie ergeben sich aus dem Befund, dass die signifikante Überlegenheit der psychotherapeutischen Behandlungsbedingungen nur für einen von drei Studienorten gezeigt werden konnte. Schließlich wurde die Supportive Beratung nicht von ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten, sondern von entsprechend trainierten Verhaltenstherapeuten durchgeführt.

Beide Studien von Tarrrier et al. (1998/2000 und 2004/2006) wurden vom G-BA im zweiten Screening mit der Begründung ausgeschlossen, die Arbeiten seien für die Fragestellung der Nutzenbewertung nicht relevant, da es sich bei der Intervention nicht um Gesprächspsychotherapie handle.

■ Ergebnis: Substanzielle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie einschließlich zweier methodisch adäquater Studien aus

einer Forschungsgruppe zum Nachweis der Wirksamkeit von Interventionen, bei denen zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie realisiert wurden (Stufe II).

## Indikationsübergreifende Studien

Die Themengruppe „Gesprächspsychotherapie“ hatte gemäß Nutzenbericht 24 Publikationen identifiziert, deren Studienpopulationen bezogen auf das Diagnosespektrum heterogen und dadurch keinem der definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie zuordnungsfähig waren und einer Langauswertung zugeführt wurden.

Insgesamt konnten vier Studien zur Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Störungen mit Krankheitswert identifiziert werden, die als eingeschränkt geeignet zum Nachweis der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bewertet wurden.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Meyer (1981) zeigt die Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei neurotisch erkrankten Patienten gegenüber einer Wartekontrollgruppe. Im direkten Vergleich mit der psychodynamischen Fokalthherapie ließen sich keine Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit aufzeigen. Die Studie weist allerdings eine für komparative Fragestellungen geringe Stichprobengröße auf.

Eine weitere komparativ angelegte randomisiert-kontrollierte Studie zum Vergleich der Gesprächspsychotherapie mit drei verschiedenen Varianten der Verhaltenstherapie deutet bei einer allerdings für komparative Fragestellungen geringen Stichprobengröße auf eine vergleichbare Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie hin (Grawe et al. 1990).

Schließlich zeigt eine prospektiv-vergleichende Kohortenstudie zur Gesprächspsychotherapie im stationären Setting bei Patienten mit überwiegend neurotischen Störungen (nach ICD 8) gegenüber einer Wartekontrollgruppe eine signifikante Verbesserung in verschiedenen Persönlichkeitsmaßen einschließlich Neurotizismus (Eckert, Biermann-Ratjen 1985).

Darüber hinaus liefert eine prospektive vergleichende Kohortenstudie anhand von Daten der Qualitätssicherung im NHS in Großbritannien an einer Stichprobe von über 1.300 Patienten, die in Primary und Secondary Care Units psychotherapeutisch behandelt worden waren, Hinweise auf die vergleichbare Effektivität einer kurzen Gesprächspsychotherapie gegenüber der Verhaltenstherapie und der Psychodynamischen Psychotherapie (Stiles et al. 2006). Diese Studie wurde nach Abschluss der systematischen Literaturrecherche des G-BA publiziert und von der Expertenkommission im Zuge der eigenen Literaturrecherche für den Zeitraum 02/2006 bis 08/2007 identifiziert.

### Studie von Meyer et al. (1981, 1988), Evidenzstufe Ib

Die randomisiert-kontrollierte Studie des Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie Experiments untersucht die Ergebnisse und Prozessbedingungen zeitlich limitierter, ambulanter Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu Psychoanalytischer (psychodynamischer) Fokalthherapie bei Patienten mit neurotischen (vorwiegend affektiven) und psychosomatischen Störungen unter Einbeziehung von zwei verfahrensspezifischen Wartekontrollgruppen.

Die Effekte der Psychotherapien wurden multidimensional mittels standardisierter psychometrischer Verfahren und klinischer Ratings erhoben. Zusätzlich erfolgten Langzeitbeobachtungen in Form von katamnestischen Untersuchungen nach 3, 9 und 12 Monaten sowie 3 und 12 Jahren. Die Analysen beziehen sich auf eine Stichprobe von insgesamt 68 Patienten, die den Behandlungs- bzw. Kontrollgruppen zugewiesen wurden (22 Patienten in Gesprächspsychotherapie und 12 in der Wartegruppe bzw. 21 Patienten in Analytischer Fokalthherapie und 13 in der Wartegruppe). Die Therapiedauer war auf maximal 30 ambulante Kontakte begrenzt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass beide Therapieverfahren im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe wirksam sind. Im direkten Effektivitätsvergleich der Behandlungs-

gruppen ergaben sich summarisch keine signifikanten Unterschiede. Die zu Behandlungsende erreichten Veränderungen, auch die verfahrensspezifischen Veränderungsmuster, erweisen sich im mittel- und langfristigen Verlauf als weitgehend stabil.

Wenngleich diese Studie den heutigen methodischen Ansprüchen hinsichtlich der statistischen Methodik, der Auswertungsstrategien und der Erhebungsinstrumente nicht mehr vollständig entspricht, so ist die grundsätzliche Aussagekraft dieser Studie davon nicht entscheidend beeinträchtigt. Die signifikante Überlegenheit der beiden untersuchten Behandlungsansätze gegenüber der Wartekontrollgruppe ist unstrittig.

■ Ergebnis: Es liegen substantielle Hinweise für den Nutzen der Gesprächspsychotherapie an heterogenen Patientengruppen vor, einschließlich zweier unabhängiger komparativer Studien (Vergleich mit Verhaltenstherapie bzw. psychodynamischer Psychotherapie) (Stufe II).

### Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Zwischen 1977 und 2004 sind wenigstens sechs Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen publiziert worden, die sich mit der Effektivität und Effizienz der Gesprächspsychotherapie befasst haben.

In einer Metaanalyse der bis 1975 publizierten kontrollierten Psychotherapiestudien ermittelten Smith und Glass (1977) für die insgesamt vorliegenden 94 klientenzentrierten Studien eine mittlere Effektstärke von 0,63.

Von Elliott (Elliott 1996, 2002; Elliott et al. 2004; Elliott, Greenberg 1995) sind insgesamt vier Übersichtsarbeiten zu den humanistischen Therapien vorgelegt worden, die zum Teil aufeinander aufbauen und somit Updates der ersten 1995 publizierten Arbeit darstellen (1996), zum Teil aber als breitere Reviews (2002, 2004) aufzufassen sind. Der 1995 und 1996 publizierten Metaanalyse liegen 28 kontrollierte Studien mit einer mittleren Effektstärke von 1,04 und 35 Präpost-Vergleiche mit einer mittleren Effektstärke

von 1,21 zu Grunde. Die höchsten Effektstärken werden dabei für aktiv Prozess lenkende Erfahrungstherapien bei der Behandlung von Partnerproblemen beschrieben. In den 2002 und 2004 publizierten Arbeiten vergleicht Elliot erzielte Effektstärken unter verschiedenen Untersuchungsbedingungen. Für die Ermittlung von Prä-post-Effektstärken gehen 52 Studien in 2002 und 89 Studien in 2004 ein, die mittleren Effektstärken liegen bei 0,91 bzw. 1,03. Bis 2002 werden elf kontrollierte Studien mit einer mittleren Effektstärke von 0,78 beschrieben und 36 Studien bis 2004 mit einer mittleren Effektstärke von 0,99. In den

komparativen Studien werden bis 2002 mittlere Effektstärken von 0,04 (28 Studien) und bis 2004 von 0,00 (48 Studien) erreicht.

Frohburg (2004) hat in einer Übersichtsarbeit 40 katamnestiche Effektivitätsstudien zusammengefasst, die zwischen 1950 und 2001 publiziert wurden. Insgesamt wurden knapp 2.000 Patienten unterschiedlichster diagnostischer Gruppen und Problemfelder einbezogen, wobei bei etwa 70% der Studien ein Katamnesezeitraum von sechs Monaten und bei etwa 46% der Studien ein Katamnesezeitraum von 6 bis 12 Monaten angegeben wird. Für neun Studien werden Effekt-

**Tab. 1** Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie (GPT) nach Anwendungsbereichen

Anwendungsbereich	Stufe*	Bewertung
Affektive Störungen	Stufe I	Nutzennachweis erbracht
Angststörungen und Zwangsstörungen	Stufe II	Substanzielle Hinweise für den Nutzen
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Stufe II	Substanzielle Hinweise für den Nutzen
Essstörungen	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Nicht-organische Schlafstörungen	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Sexuelle Funktionsstörungen	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	Stufe III	Hinweise auf Nutzen
Verhaltens- und emotionale Störungen (bei Erwachsenen) mit Beginn in Kindheit und Jugend**	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Störungen durch psychotrope Substanzen	Stufe III	Hinweise auf Nutzen
Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen	Stufe IV	Keine Studien in den Stufen I u. II
Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe	Stufe III	Hinweise auf Nutzen
Psychische Begleit-, Folge- und/oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen	Stufe II	Substanzielle Hinweise auf den Nutzen
Indikationsübergreifende Studien	Stufe II	Substanzielle Hinweise auf den Nutzen

\* Vgl. Seite 104      \*\* Studien zu Kindern und Jugendlichen wurden nicht geprüft.

stärkenmaße zwischen 0,59 und 1,28 angegeben.

Obgleich die vorliegenden Übersichtsarbeiten eine hohe methodische und diagnostische Variabilität aufweisen, zeigen ihre Ergebnisse jedoch vergleichsweise konsistent, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein klinisch effektives Psychotherapieverfahren handelt.

## Ergebnis

Die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie erfolgte nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der zum Zeitpunkt des GBA-Beschlusses gültigen Fassung. Grundlage waren diejenigen Studien, die auch vom G-BA in eine engere Prüfung einbezogen worden waren, darüber hinaus aber auch einige Studien, die vom G-BA ausgeschlossen bzw. gar nicht erst gesichtet worden waren (Tab. 1). Grund hierfür war in erster Linie die fachliche Bewertung einiger psychotherapeutischer Interventionen als „Gesprächspsychotherapie“, die sich von einer überwiegend formalen Einstufung durch den G-BA unterschied. So wurde unter anderem auch bei der Bestimmung des Gegenstandsbereiches „Gesprächspsychotherapie“ die von den drei maßgeblichen Fachgesellschaften konsentierten (und in den Lehrbüchern der GPT zu findende) Definition der GPT einschließlich ihrer Weiterentwicklungen zu Grunde gelegt, während der G-BA sich auf die mehr als 50 Jahre alte Begriffsbestimmung der „Klassischen GPT“ beschränkte und neuere Entwicklungen nicht berücksichtigte. In die vorliegende Expertise haben Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Nachweise auf der Evidenzstufe V keinen Eingang gefunden.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die Gesprächspsychotherapie bei einer Reihe von Anwendungsbereichen der Psychotherapie wirksam und nützlich ist. Auf Grund der klinischen Breite dieser Anwendungsbereiche ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie insgesamt positiv ausfällt. Diese Bewertung auf Grund empirischer

Evidenz steht überdies im Einklang mit einer jahrzehntelangen Bewährung in Forschung und Versorgung.

## Literatur

- Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J (2006). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichen wirksam? Psychotherapeut.
- Arnold J (1993). Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung. Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal.
- Barrowclough C, King P, Colville J, Russell E, Burns A, Tarrier N (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 69: 756–762.
- Biermann-Ratjen EM (1993). Die Psychogenese der Neurosen. In: Eckert J, Höger D, Linster H (Hrsg.). Die Entwicklung der Person und ihre Störung. (Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln: GwG-Verlag, S. 99–108.
- Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Laleik S, Schützmann K (2006). Behandlungsleitlinien. In: Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Höger D (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 461–482.
- Birmaher B, Brent DA, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D et al. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 57: 29–36.
- Bischkopf J, Greenberg LS (2007). Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Therapie. In: Kriz J, Sluneko T (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: UTB/ Facultas, S. 109–122.
- Cooper D (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publication.
- Cooper P, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 182: 412–419.
- Dircks P, Grim, F, Tausch A, Wittern J (1982). Förderung der seelischen Gesundheit von Krebspatienten durch personenzentrierte Gruppengespräche. *Z Klin Psychol* 11: 241–252.
- Eckert J, Biermann-Ratjen Em, Höger D (2006). Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- Eckert J, Biermann-Ratjen E (1985). Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse, Effekte, Vergleiche. Berlin: Springer.
- Eckert J, Biermann-Ratjen E & Wuchner M (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50: 140–146.
- Eckert J, Höger D, Linster H (1993). Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln: GwGVerlag.
- Elliott R (1996). Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. *GwG Zeitschrift* 101.
- Elliott R (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research* 8: 115–125.

- Elliott R (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In: Cain D (Hrsg.). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, S. 57–81.
- Elliott R, Greenberg L, Lietaer G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In: Lambert M (Hrsg.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, S. 493–540.
- Elliott R, Greenberg LS (1995). Experiential therapy in practice: The process-experiential approach. In: Bongar B, Beutler L (Hrsg.). *Comprehensive textbook of psychotherapy. Theory and practice*. New York: Oxford University Press, S. 123–139.
- Ends E, Page C (1957). A study of three types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates. *Quart J Stud Alcohol* 8: 263–277.
- Engel-Sittenfeld P, Engel R, Huber H, Zangel K (1980). Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen. *Z Klin Psychol*, 9: 34–52.
- Eysenck H (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319–324.
- Finke J, Teusch L (1999). Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 44: 101–107.
- Freyberger HJ, Stieglitz RD (2005). Krankheitsbilder, Klassifikation, Dokumentation. In: Senf W & Broda M (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Georg Thieme-Verlag, S. 134–143.
- Friedli K (1997). Randomised controlled assessment of nondirective psychotherapy versus routine general-practitioner care. *Lancet* 350: 1662–1665.
- Frohburg I (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33: 196–208.
- Gaynor S, Weersing V, Kolko D, Birmaher B, Heo J, Brent D (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *J Consult Clin Psychol* 71: 386–393.
- Gendlin ET (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goldman R, Greenberg Ls, Angus L (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research* 16: 537–546.
- Grawe K (1976). *Differentielle Psychotherapie In: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten*. Bern: Huber.
- Grawe K (1982). *Psychotherapieforschung*. In: Bastine R, Fiedler PA, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hrsg.). *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie, S. 323–331.
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990). *Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19: 287–376.
- Greenberg L, Watson J (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychother Research* 8: 210–224.
- Greenberg L, Watson J, Lietaer G (Hrsg.). (1998). *Handbook of experimental psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg LS, Rice Ln, Elliott R (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg LS, Rice Ln, Elliott R (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Höger D (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In: J. Kriz, Sluneccko T (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: UTB/ Facultas, S. 64–78.
- Kendell RE (1978). *Die Diagnose in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Keupp H (1972). *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kimm HJ, Bolz W, Meyer AE (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. The patient sample: overt and covert selection factors and prognostic predictions. *Psychother Psychosom* 35: 96–109.
- King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment* 4: 1–84.
- Klontz BT, Garos S, Klontz PT (2005). The effectiveness of brief multimodal experiential therapy in the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 12: 275–294.
- Kolko D, Brent D, Baugher M, Bridge J, Birmaher B (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol* 68: 603–614.
- Kriz J (2004). Personenzentrierte Systemtheorie. Grundlagen und Kernaspekte. In: Schlippe A.v., Kriz Wc (Hrsg.). *Personenzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–67.
- Kriz J, Sluneccko T (2007). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: UTB/ Facultas.
- Linden M, Zubrägel D (2001). Multizentrische Psychotherapiestudien in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten. *Psychotherapie* 6: 205–210.
- Machado LA, Azevedo DC, Capanema MB, Neto TN, Cerceau DM (2007). Client-centered therapy vs exercise therapy for chronic low back pain: a pilot randomized controlled trial in Brazil. *Pain Med* 8: 251–258.
- Markowitz J (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 55: 452–457.
- McNeilly C, Howard K (1991). The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research* 1: 74–78.
- Meyer A (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom* 35: 81–207.
- Meyer Ae, Bolz W (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Foreword and introduction*. *Psychother Psychosom* 35: 81–84.
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Schulenburg Graf v.d. JM, Schulte B (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg-Eppendorf: Universitäts-Krankenhaus.
- Meyer AE, Stuhr U, Wirth U, Ruster P (1988). 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment: an overview. *Psychother Psychosom* 50: 192–200.
- Paivio S, Nieuwenhuis J (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress* 14: 115–133.
- Plog U (1976). *Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Reimer C (2007). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg.). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer, S. 79–133.
- Rogers C (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Rogers C (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship. In: Koch S (Hrsg.). Psychology: a study of science. New York: McGraw Hill, Bd. 3, S. 184–256.
- Rogers C (1975). Client-Centered Psychotherapy. In: Kaplan HI, Sadock BJ, Freeman AM (Hrsg.). Comprehensive Textbook of Psychiatry (2. ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Sachse R (1992). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie: Zum tatsächlichen und notwendigen Einfluss von Therapeuten auf die Explizierungsprozesse bei Klienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis 21: 286–301.
- Sachse R (2006). Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R (2007). Klärungsorientierte Psychotherapie. In: Kriz J, Sluneco T (Hrsg.). Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: UTB/ Facultas, S. 138–150.
- Satz P, Baraff A (1962). Changes in the relation between self concepts and ideal-concepts of psychotics consequent upon therapy. J Gen Psychol 67: 291–298.
- Shaffer C, Shapiro J, Sank L, Coghlan D (1981). Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. Cogn Ther Res 5: 149–157.
- Smith M, Glass G (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Am Psychol 32: 752–760.
- Smith M, Glass G, Miller T (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Hopkins.
- Speierer G (1994). Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger.
- Spießl H, Freyberger HJ, Rössler W (2007). Let's talk about Supportive Psychotherapie. Psychiatrische Praxis 34: 1–3.
- Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. Psychol Med 36: 555–566.
- Stuhr U, Meyer Ae, Bolz W (1981). Outcome results in psychological tests. Psychother Psychosom 35: 138–198.
- Stumm G, Keil W (2002). Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer.
- Szasz T (1961). The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Hoeber PB.
- Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: the effects of CBT. Schizophr Res 83: 15–27.
- Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioural therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. J Consult Clin Psychol 68: 917–922.
- Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman, P et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 184: 231–239.
- Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 317: 303–307.
- Tausch R (1976). Ergebnisse und Prozesse der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten. Eine Zusammenfassung des Hamburger Forschungsprojekts. In: Jankowski P, Tschulin D, Fietkau HJ, Mann F (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen: Hogrefe, S. 60–73.
- Teusch L (1984). Ein empirischer Beitrag zur klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten. An empirical contribution to client-centered psychotherapy for schizophrenic patients. GwG-Info 55: 79–91.
- Teusch L, Böhme H (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer 1-Jahres-Katamnese. Psychother Psychosom Med Psychol 41: 68–76.
- Teusch L, Böhme H, Finke J (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. Nervenarzt 72: 31–39.
- Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment. An empirical follow-up study. Psychother Psychosom 70: 328–336.
- Teusch L, Böhme H, Gastpar M (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy alone and in combination with behavioral exposure. Psychother Psychosom 66: 293–301.
- Teusch L, Böhme M (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment exposure. Psychother Res 9: 115–123.
- Teusch L, Finke & Finke J (1995). Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. Psychotherapeut 40: 88–95.
- Truax Cb, Mitchell KM (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Wampold B (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. London: Lawrence Erlbaum Association.
- Watson J, Gordon L, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. Journal of Consulting & Clinical Psychology 71: 773–781.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie, Berlin.
- Wuchner M (1997). Behandlungsergebnisse von Borderline-Patienten nach klientenzentrierter Psychotherapie, Universität Hamburg.



## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Bernhard Strauß  
 Universitätsklinikum Jena  
 Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 Stoyst. 3, 07740 Jena  
 Tel. 03641-936700, Fax 03641-936546  
 E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de