



Berlin, 16.10.2017

Stellungnahme der AGHPT zur „vorläufigen Studienbewertung“ des WBP (dat. vom 18.9.2017)

Die AGHPT dankt dem WBP explizit für den langjährigen und hohen ehrenamtlichen Aufwand, der mit der Arbeit verbunden ist, die sich nun in der „vorläufigen Studienbewertung“ niederschlägt.

Die AGHPT dankt auch für die eingeräumte Möglichkeit, zu dieser vorläufigen Studienbewertung Stellung nehmen zu können.

Eine umfassende Auseinandersetzung mit den in 5 Jahren erbrachten Ergebnissen – für welche der AGHPT knapp 4 Wochen Zeit eingeräumt wurden – ist nicht möglich und liegt auch nicht im Interesse eines möglichst zügigen Abschlusses des WBP-Verfahrens. Die folgende Stellungnahme geht daher, was die Studien und Anwendungsbereiche betrifft, exemplarisch vor. Obwohl Metastudien, wie die von Hölldampf & Behr (2009)ⁱ, eine beachtliche Wirksamkeit Humanistischer Psychotherapie auch im KJP-Bereich belegen, wird eine kritische Sichtung der Bewertungen der KJP-Studien durch den WBP derzeit von der AGHPT nicht vorgenommen. Zumal ein Blick auf das sozialrechtliche Anerkennungsverfahren der Systemischen Therapie zeigt, dass ein Jahrzehnt, nachdem der WBP die Wirksamkeit dort im KJP-Bereich festgestellt hat, der G-BA noch nicht einmal angefangen hat, über diese zu verhandeln.

Daher konzentriert sich diese Stellungnahme auf zwei Hauptaspekte:

A: Allgemeine und die Störungskategorien übergreifende Kritik. Hier werden einige übergreifende Aspekte thematisiert, deren Nichtberücksichtigung bei der Bewertung der Wirksamkeit der Humanistischen Psychotherapie (HPT) durch eine rein fragmentierte Betrachtung von Einzelstudien zu Verzerrungen führen würde.

Hierzu gehören das Problem von non-bona-fide Studien (A1), das Problem der Bewertung älterer Studien, besonders bereits bewerteter (A2), die Relevanz der Berücksichtigung von Metastudien – u.a. um den Effekt der „researcher allegiance“ einzuschätzen (A3) sowie die Relevanz der Berücksichtigung (auch) des Beta-Fehlers (A4).

B: Ausführungen zu den einzelnen Anwendungsbereichen und den Studien. Hier wird i.o.S. exemplarisch vorgegangen: Problematisiert wird die Bewertung einzelner Studien in jenen Bereichen, in denen so viele Wirksamkeitsstudien nicht anerkannt wurden, dass damit eine Nichtanerkennung des ganzen Anwendungsbereiches drohen könnte.

Die AGHPT problematisiert und beanstandet hier die Bewertungen von

- 9 Studien zum Anwendungsbereich Angst (2)
- 4 Studien zum Anwendungsbereich Affektive Störungen (1)
- 1 Studie zum Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (6)
- 4 Studien zum Anwendungsbereich Schlafstörungen (8)
- 4 plus 2x2 Studien zum Anwendungsbereich Schizophrenie (11)

Und problematisiert die Ablehnung sämtlicher Studien im Bereich XX (gemischte Studien)

A. Allgemeine und die Störungskategorien übergreifende Kritik

A1: Problem der non-bona-fide Studien

Die „vorläufige Studienbewertung“ des WBP enthält Studien aus zwei Quellen

- i) Studien aus dem Antrag der AGHPT
- ii) Studien aus anderen Quellen.

Die (dreistellige) Zahl an Studien aus (ii) hat sicherlich viele Ressourcen erfordert, auch wenn viele Studien wieder aussortiert wurden, weil sie „Mindestanforderungen für eine weitere Auswertung“ nicht erfüllen. Allerdings ist auch die Zahl der Studien aus (ii), die der WBP der „weiteren Bewertung“ zugeführt hat, mit rund 40 fast so groß, wie die rund 50 Studien der AGHPT, die intensiver bewertet wurden.

Der im Sommer 2015 zum Jahresende – 2015 – angekündigte Abschluss der Studienbewertungen verzögerte sich dadurch um zwei Jahre. Gleichwohl wurde von den Studien aus (ii) mit Ausnahme von Bereich 10 (psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten), so weit wir sehen konnten, keine als Wirkungsnachweis für HPT vom WBP anerkannt.

Es gibt allerdings damit zusammenhängend ein für die AGHPT relevantes Problem in der Darstellung der Studienergebnisse: Etliche der Studien aus (ii) führen die inadäquate Bezeichnung: „Supportive Therapie“, ja sogar: „Rogerian“. Es handelt sich dort aber um Placebo-Bedingungen – in der Regel in verhaltenstherapeutischen Studien – und natürlich erweist sich die reale Therapie einer Placebo-Bedingung als deutlich überlegen. Wenn solche Placebo-Bedingungen allerdings nicht „Placebo“ genannt, sondern als „supportive“ oder „Rogerian“ etikettiert werden, führt dies in den Abstracts leicht zur Diskreditierung der HPT mit ihren seriösen Anteilen an „Supportive Therapy“ bzw. „Rogerian Therapy“. Es verfälscht zudem die Ergebnisse von Meta-Studien zu Lasten von HPT. Dies ist ein bekanntes und mehrfach publiziertes Problem (z.B. Eckert (2013ⁱⁱ) oder Elliott (2013ⁱⁱⁱ)). So betont Elliott (2013), dass die oft berichtete „Überlegenheit“ der Verhaltenstherapie genaueren Analysen nicht standhält: Sie ist weitgehend durch „non-bona-fide“ (pseudo-HPT) erzeugt.

Hierzu zumindest exemplarisch ein Beispiel:

Cottraux et al. (2008) (S. 16 der WBP-Liste) vergleicht VT mit „Rogerian supportive therapy“ RST. Die Therapeuten waren in dem einen Ast jahrelang erfahrene VT Therapeuten. Im anderen Ast waren es dieselben (!) Therapeuten, die wenige Stunden (!) nach einem selbstgestrickten Manual zu „RST“ trainierten, welches eher als Karikatur von HPT gewertet werden muss.

Nicht viel besser ist Cottraux et al. (2000) (S. 7 der WBP Liste): Verglichen wird VT mit „ST“ (= supportive therapy). Es waren hier zwar vermutlich (leider unklar) nicht dieselben Therapeuten in beiden Ästen, aber die Therapie-Dosis war 18 Stunden VT in 12 Wochen versus 3 Stunden „ST“ in 12 Wochen (alle 2 Wochen ½ Stunde). Auch inhaltlich hatte „ST“ nichts mit HPT zu tun.

Dass solche etikettierte „HPT“ der VT unterlegen ist, ist wenig erstaunlich. Auch wenn dabei Randomisierung und andere Kriterien des WBP-Methodenpapiers laut Publikation sorgfältig erfüllt wurden: Solche Studien sind schlicht als „mangelhaft“ bzw. „ungenügend“ zu bezeichnen.

Die AGHPT bittet daher den WBP, bei der Darstellung in seinem Gutachten darauf zu achten, dass solche falsch etikettierten Placebo-Studien nicht als „HPT“ ausgegeben werden und dabei dann irrtümlich von einer „Unterlegenheit der HPT“ gegenüber einem anderen Verfahren gesprochen wird.

A2: Kritik am Umgang mit älteren Studien

Für einen Teilbereich des aktuellen Antrags der AGHPT zur „Humanistischen Psychotherapie“, nämlich „Gesprächspsychotherapie“, wurde bereits 1999 bzw. 2002 vom WBP die „wissenschaftliche Anerkennung“ festgestellt.

Dazu wurden vom WBP damals von den eingereichten Studien immerhin 32 als Wirksamkeitsstudien „anerkannt“ – davon 17 „störungsspezifische“ und 15 „störungsunspezifische“ Wirksamkeitsstudien (hier wird lediglich der Erwachsenen-Bereich betrachtet).

Mindestens 27 Wirksamkeitsstudien davon sind im Antrag der AGHPT enthalten. **Keine einzige** der vom WBP als Wirksamkeitsstudien anerkannten Studien wurde nun im neuen Antrag der AGHPT vom WBP anerkannt. (Die Differenz von 32 zu 27 beruht darauf, dass Studien durch neuere ersetzt wurden – allerdings genauso erfolglos.)

Die Begründungen dafür, warum vom WBP bereits als Wirksamkeitsstudien anerkannte Studien nun nicht mehr als Wirksamkeitsstudien bewertet wurden, schwanken von „Ablehnung aufgrund methodischer Einschränkungen“ (meist ohne Konkretisierung) über „keine adäquate Diagnosestellung“, „keine randomisierte Zuweisung“ etc. bis zu „keine HPT“. Dass in einer Bewertung von Studien zur Gesprächspsychotherapie anerkannte Wirksamkeitsstudien durch den WBP nun plötzlich als „keine HPT“ bewertet werden, verwundert ganz besonders.

Die ausnahmslose Ablehnung sämtlicher vom WBP als Wirksamkeitsstudien anerkannten Studien im AGHPT-Antrag ist für die AGHPT nicht nachvollziehbar.

Ein mögliches Argument, „dass sich eben die Kriterien inzwischen geändert hätten“, kann die AGHPT nicht – zumindest nicht in diesem Ausmaß – gelten lassen:

Auch wenn eingeräumt wird, dass man heute (!!) bei der Anlage neuer (!!) Studien inzwischen einige Aspekte zusätzlich bedenken und berücksichtigen würde (die allerdings jeweils und im Detail in der *Scientific Community* umstritten und Gegenstand intensiver Diskurse sind): Die Daten und Sachverhalte jener Studien, die Grundlagen der Statistik und die der Signifikanztests etc. haben sich nicht verändert. Kurz: Die wesentlichen Fakten sind nach wie vor dieselben. Verändert haben sich die Bewertungen und Auslegungen der WBP-Gruppe darüber, in welchem Ausmaß die von ihnen aufgestellten Bedingungen erfüllt sind (worüber, nochmals betont, durchaus national und international in der *Scientific Community* der Psychotherapieforscher kontrovers diskutiert wird).

Dies ist besonders im Hinblick auf ältere Studien relevant, deren wissenschaftlich, methodisch adäquat belegte, Wirksamkeit von Wissenschaftlergruppen wie dem WBP 1999 oder 2002 oder der Expertengruppe der BpTK 2006 bereits festgestellt wurde. Zweifel an der klinischen Wirksamkeit der HPT in solchen Studien können aus Sicht der AGHPT nicht allein damit begründet werden, dass bestimmte formale Finessen im methodischen Vorgehen (die zudem weit später aufgebracht wurden) zu wenig berücksichtigt sind.

Wobei selbst die „heute gültigen Standards“ zudem in der internationalen Psychotherapieforschung die Evidenzklassen der „Evidenzbasierten Medizin“ (EbM) darstellen. Zahlreiche der von der AGHPT vorgelegten Studien wurden aber ausgeschlossen, wenn sie nicht die Evidenzklasse Ib erfüllten – so wurden zahlreiche Studien allein wegen des Kriteriums B8 (= „keine randomisierte oder parallelisierte Zuweisung“) ausgeschlossen.

Dieser wichtige Aspekt wird konkret an Studien nochmals in Abschnitt B aufgegriffen.

Die AGHPT bittet den WBP diese Aspekte und Einwände bei seiner Bewertung zu berücksichtigen.

A3: (Noch-?) Nichtberücksichtigung relevanter Information aus Meta-Studien

Es ist guter Brauch in der Wissenschaft und bei Gerichtsverfahren, relevante Informationen auch dann nicht völlig auszublenden, wenn sie ggf. der eigenen Sichtweise widerspricht. Besonders, wenn diese mehrfach vorgetragen wird.

Die AGHPT hat dem WBP mehrfach die Relevanz von international bedeutsamen Metastudien, vor allem auch aus jüngerer Zeit, vorgetragen. So beispielsweise:

2013 erschien die 6. Auflage von Bergin & Garfields „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Elliott 2013). Diese Handbücher stellen unter Psychotherapieforschern so etwas wie „Bibeln“ dar, weil darin seit 1971 etwa alle 10 Jahre der internationale Stand der Psychotherapieforschung referiert wird.

In diesem Band findet sich auch ein Resümee der quantitativen Outcome-Forschung zur Humanistischen Psychotherapie (**HPT**): „Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies“ (Elliott 2013) auf 43 Druckseiten. – (Der internationale Beiname „experiential“ wird übrigens inzwischen präzisierend verwendet, um deutlich zu machen, dass es in der **HPT** wesentlich um die Konstellierung von Erfahrungsräumen geht.)

Im Kontext unseres Themas sind zwei Punkte besonders hervorzuheben:

- a. Die Definition von Humanistischer Psychotherapie entspricht dort praktisch genau dem, was auch die AGHPT in den Anträgen an den WBP entsprechend definiert hat. Die AGHPT umfasst ja im Wesentlichen die Ansätze (in deutschsprachiger Benennung): Gesprächspsychotherapie (einschließlich Focusing), Körperpsychotherapie, Gestalttherapie, Existenzanalyse/Logotherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama, Emotionsfokussierte Psychotherapie und Integrative Psychotherapie.
- b. Die rund 200 Outcome-Studien dieser Metastudie zeigen zusammenfassend 4 Hauptergebnisse:
 - I.) große Verbesserungen, die auch über Katamnesen von 12 Monaten stabil bleiben,
 - II.) kontrollierte Studien belegen eine deutliche Verbesserung der Behandlungsgruppen im Vergleich zu unbehandelten Gruppen,
 - III.) im Wesentlichen ist die Humanistische Psychotherapie gleich effektiv wie die anderen Ansätze (u.a. Deutsche „Richtlinienverfahren“),
 - IV.) die oft berichtete „Überlegenheit“ der Verhaltenstherapie hält genaueren Analysen nicht Stand: Sie ist weitgehend durch „non-bona-fide“ (pseudo-**HPT**) erzeugt (s.o.).

Eine noch aktuellere Metastudie wurde dem WBP im August 2015 ebenfalls vorgelegt:

Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). *Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond*. *Psychotherapy Research*, 25, (3), 330–347. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>

Zusätzlich zur Zusammenfassung der Metaanalyse von Elliott et al. (2013) findet sich in dieser Studie eine Zusammenfassung der Beiträge humanistisch-experienziell geprägter PsychotherapieforscherInnen zum besseren Verständnis der Wirkungen von Psychotherapie im Allgemeinen – und von Humanistischer Therapie im Speziellen – aus den letzten 25 Jahren. Dies umfasst eine große Anzahl an Prozess- und Prozess-Outcome Studien, qualitativen Studien, Metasynthesen von Qualitativen Studien, Einzelfallstudien, sowie Studien mit qualitativer und/oder quantitativer Methodologie zu Themen, die heute in allen Therapierichtungen weitgehend akzeptiert und „integriert“ sind - wie die therapeutische Empathie oder die spezifische Klient-Therapeut-Beziehung.

Bisher ist (noch) nicht erkennbar, ob und wie diese relevanten und aktuellen Ergebnisse internationaler Psychotherapieforschung zur Wirksamkeit der HPT in irgendeiner Form in die Bewertung des WBP eingeflossen sind (was möglicherweise daran liegt, dass in der „vorläufigen

Version“ der Bewertung bisher nur die vereinzelt und teilweise fragmentierten Studien betrachtet wurden).

Die AGHPT bittet den WBP, diesen internationalen Stand der Wissenschaft zur Wirksamkeitsforschung der HPT bei seiner Bewertung nicht unberücksichtigt zu lassen.

Im Juni 2014 hatte die AGHPT mit weiteren Studien auch die Metastudie von Mestl & Oppl (2012) zur Effectiveness vorgelegt und dies explizit begründet: Dieser sehr sorgfältig gestaltete Überblick zeigt die Wirksamkeit der HPT in unterschiedlichen stationären Einrichtungen mit ausgezeichneten Ergebnissen anhand detaillierter Daten von insgesamt 4703 (also fast **fünftausend** !) Patienten.

Der WBP hat diese Studie unter „XX“ mit „keine adäquate Diagnosestellung“ und „keine randomisierte oder parallelisierte Zuweisung“ einfach von der weiteren Betrachtung und Befassung vorab ausgeschlossen

Die AGHPT bittet den WBP auch die Ergebnisse dieser Metastudie in seine Bewertungen der HPT explizit einfließen zu lassen.

A4: Problem des Beta-Fehlers

Der WBP hat in seinem aktuellen Anschreiben darauf hingewiesen, dass mit seiner „vorläufigen Studienbewertung“ noch „keine zusammenfassende Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung je Anwendungsbereich“ vorliegt.

Die AGHPT weist den WBP daher vorsorglich darauf hin, dass neben der stets sehr genauen Berücksichtigung des Alpha-Fehlers bei der Beurteilung der einzelnen Studien auch der Beta-Fehler bei der Bewertung eines Anwendungsbereiches zu berücksichtigen wäre. Viele Studien – vor allem ältere und/oder in den USA und anderen Ländern erstellte – weisen eine nicht sehr hohe statistische Power bei Gleichheit von unterschiedlichen Interventionen auf. Dies wurde, aus Sicht fragmentierter Einzelstudien zu Recht, stets vom WBP bemängelt. Es kumulieren sich aber nicht nur Alpha-Fehler (was berechnet und adjustiert werden kann und wurde); es kumulieren sich auch Beta-Fehler: D.h. viele Studien mit jeweils schwacher Power haben bei ähnlicher Anlage und Fragestellung ein weit stärkeres methodisches Gewicht, als die fragmentiert betrachteten Einzelstudien (auch wenn die Fallzahlen z.B. wegen der Unterschiedlichkeit der Detail-Anlage nicht einfach addiert werden dürfen, das Problem somit methodisch recht komplex ist).

Die AGHPT bittet den WBP, den Beta-Fehler (der unter Verwendung der Meta-Studien besser abgeschätzt werden kann) bei seiner Gesamtbewertung im Gutachten nicht unberücksichtigt zu lassen.

B. Zu den Bewertungen der Studien nach „Anwendungsbereichen“

Angesichts der knappen Zeit hat sich die AGHPT aufgrund der „vorläufigen Studienbewertung“ durch den WBP in seiner notwendig nur exemplarischen Prüfung besonders dem wichtigen und relevanten Anwendungsbereich 2: Angststörungen und Zwangsstörungen gewidmet; aber auch den Bereichen 1: Affektive Störungen, 6: Anpassungs- und Belastungsstörungen, 8: Nicht-organische Schlafstörungen, 11: Schizophrenie... und XX: Gemischte Störungen.

Die AGHPT nimmt mögliche Verzerrungseffekte aufgrund der in der internationalen Forschung aufgeworfenen „Allegiance-Effekte“ und Interessen-Wirkungen sehr ernst. (Auch) ihre eigenen Bewertungen dürften davon nicht frei sein.

Aus diesem Grunde wurden nach Möglichkeit bevorzugt Fakten und Daten zu Analysen und Bewertungen durch hinreichend neutrale, **nicht**-HPT-assoziierte bzw. -orientierte Fachgruppen herangezogen. Hierzu liegen nämlich schriftliche Dokumentationen zumindest in Bezug auf Studien vor, welche in den langjährigen Verfahren zur „Gesprächspsychotherapie“ (GPT) analysiert und erörtert wurden. Diese wurden verfasst von:

a) WBP 1999/2002^{iv} (Gutachten zur Gesprächspsychotherapie / Gutachten zum Nachtrag...)

b) der BPtK vom November 2007 (xx^v), welcher die Studien-Bewertungen der von der BPtK eingesetzten Expertenkommission zugrunde liegen. Mitglieder dieser Expertenkommission waren Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universität Jena), Prof. Dr. Martin Hautzinger (Universität Tübingen) Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald), Prof. Dr. Jochen Eckert (Universität Hamburg) und Prof. Dr. Rainer Richter (Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf).

c) Original-Bewertungen der „AG/TG GPT“ des G-BA aus 2005/2006^{vi}

B1: Beanstandung von Negativbewertungen im Bereich „2 Angststörungen und Zwangsstörungen“

a) Svartberg et al 2001. WBP 2017: ausgeschlossen weil „Zielkriterien beziehen sich ausschließlich auf Surrogatparameter

Verwendet wurde der **Automatic thought questionnaire** (ATQ) von Hollon und Kendall (1980). Nach Harrell und Ryon (1983) erfasst der ATQ automatische Gedanken und korreliert hoch mit dem MMPI und dem BDI. (xx^{vii})

Auszug aus der AG/TG des G-BA:

*„Prospektive vergleichende Studie mit 2 randomisierten Behandlungsarmen
Evidenzkategorie 1b randomisiert vergleichend klinisch*

Achse I Diagnosen, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Depression, Anpassungsstörung, psychosexuelle Störung, 2 Patienten ohne Achse I Diagnose, typische Eingangsproblematik, Beziehungsprobleme mit dem anderen Geschlecht. Heterogene Krankheitsgruppen ...

Abschließende Bewertung

Die Gesprächspsychotherapie hat für die in Bezug auf die Symptomatik Patienten relativ unausgelesen, die allerdings in Bezug auf die Eignung für STAPP schon gescreent worden waren zumindest gleiche Erfolge wie die STAPP (Short Term Anxiety Provoking Therapy.)“

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie zu überprüfen und zu korrigieren

b) Stanley et al. 2001

WBP 2017: ausgeschlossen weil „keine HPT“

Auszug aus der AG/TG des G-BA:

„Vergleichende Psychotherapiestudie ohne Placebo- und ohne Kontrollgruppe Prospektive vergleichende Studie - Evidenzkategorie I b“

Angewandtes Psychotherapieverfahren... Nicht direktive Gruppendiskussion der Angstsymptome und Erfahrungen, Annahme einer unterstützenden erleichternden Rolle, die die Patienten ermutigen sollte, ihre Erfahrungen zu teilen und für einander Unterstützung zu entwickeln....

Vergleichend angewandte Psychotherapieverfahren: Kognitive Verhaltenstherapie ...

Ergebnisse

Signifikante Effekte im Schwereindex in Bezug auf die beiden Behandlungsgruppen von Anfang zu Therapieende ohne weitere Änderungen. Keine signifikanten Gruppen x Zeit Interaktion. Bei Angst gleiches Ergebnis, keine Gruppen x Zeit Interaktion....

Abschließende Bewertung

Sehr sorgfältige Studie in Bezug auf die Methodik und Erfassung der beiden Behandlungsarten nicht direktive Gruppentherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie zumindest gleichwertig....

Für die Ansicht, dass es sich nicht um HPT (hier: GPT) handeln könnte, gibt es auch bei den G-BA-Auswertern keinerlei Hinweise.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie zu überprüfen und zu korrigieren

c) Ascher 1981 und

Ascher 1986 WBP 2017: beide ausgeschlossen weil „keine HPT“

Es geht wohl darum, dass der WBP 2017 „paradoxe Intention“, die von Viktor Frankl stammt (und nicht zu verwechseln ist mit „paradoxe Intervention“ der Systemischen Therapie – da sowohl theoretisch als auch praktisch andere Prinzipien zum Tragen kommen), dann als „nicht-HPT“ ansieht, wenn sie von einem Verhaltenstherapeuten durchgeführt wird: „Paradoxe Intention“ wurde flächendeckend vom WBP 2017 als „nicht HPT“ gedeutet (und mit „k“ versehen) – neben den Studien von Ascher auch bei den Schlafstörungen (wo die „Paradoxe Intention“ häufig verwendet wird) s.u.

Ascher sieht sich zwar fraglos als VT-ler; in den USA gibt es aber die deutschen Richtliniengrenzen nicht. Daher hat Ascher keine Probleme damit, Vorgehensweisen der HPT (mit) zu untersuchen.

Die AGHPT geht von einem Konsens mit dem WBP dahingehend aus, dass es in dem WBP-Gutachten nicht um formal-kategoriale Zuordnung (nach deutschen Richtlinien-Kategorien) eines Forschers geht, sondern darum, welche Interventionen bzw. „Methoden“ konkret in einer Studie durchgeführt und erforscht wurden.

Diese Unterscheidung für die vom WBP 2017 abgelehnten Studien zur „Paradoxen Intention“ umfangreich nachzuweisen, ist der AGHPT aufgrund mangelnder Ressourcen derzeit nicht möglich. Aber zumindest bei Ascher sind die Voraussetzungen klar ersichtlich:

- I. Ascher ist Ehrenmitglied der „GLE International“ (also eines Mitgliedes der AGHPT)
- II. Ascher hat sich mit Frankl wiederholt getroffen – beruflich wie auch privat. Dabei war die Forschung zur Paradoxen Intention stets Thema.
- III. Er hat die Anwendung mit Frankl selbst wiederholt diskutiert und sich von ihm beraten lassen.
- IV. Nach Frankls Tod hat sich Ascher auch öfter mit dem Präsidenten der GLE, Prof. Dr. Alfred Längle, getroffen; Ascher hat auch bei einem Kongress der GLE International über seine Forschungen referiert.
- V. Ascher hat die Paradoxe Intention nach eigenen Angaben **originär nach Frankl angewendet**.

Die AGHPT hat daher Prof. Längle gebeten, von Ascher eine eigene Charakterisierung seiner o.a. Arbeiten einzuholen. Mit Datum vom 3. Oktober 2017 schrieb Ascher an Längle (Hervorhebungen von der AGHPT):

*“To answer your question, I believe that I eventually developed and employed procedures, both clinically and experimentally that were approved by Professor Frankl. That is, I realized that my initial attempts to provide a purely behavioral procedure, devoid of Logotherapeutic substrates, would not produce the effective results that I sought; only after my association with Professor Frankl did this become clear and allow me to develop procedures that could be **incorporated into a behavior context without the loss of its central humanistic component**. Again, the nature of the experimental procedures were, of course, somewhat different from those employed clinically, but it could be seen that both had their roots in the same theoretical system. If, upon **reading the descriptions** of my experiments this **humanistic quality is not apparent, it was the result of my inability to communicate this aspect of the procedure given the restrictive requirements of the editors of journal articles.***

I hope that this is a satisfactory response to your question, if you require further clarification or information, please do not hesitate to contact me.

Kindest regards, Michael

*L. Michael Ascher, Ph.D.
Professor
Department of Psychology
Philadelphia College of Osteopathic Medicine
Professor Emeritus
Department of Psychiatry
Temple University Health Science Center”*

Zumindest bei den Ascher-Studien (auch in Kategorie 8: Schlafstörungen) ist daher die Deutung, es handle sich nicht um HPT, aus Sicht der AGHPT nicht gerechtfertigt.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

d) Borkovec et al. 1987 WBP 2017: ausgeschlossen weil „keine HPT“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

e) Borkovec et al. 1988 WBP 2017: ausgeschlossen weil „keine HPT“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

f) Angulo 1983 WBP 2017: ausgeschlossen wegen „n.a.“ (obwohl deutsche Publikation)

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser 3 Studien zu überprüfen und zu korrigieren

g) Teusch et al. 1997 WBP 2017: abgelehnt „aufgrund methodischer Einschränkungen“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

Die AGHPT bittet den WBP, die „methodischen Einschränkungen“ zu spezifizieren und ggf. die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

h) Teusch/Böhme 1999 WBP 2017: ausgeschlossen weil „nicht randomisiert/kontrolliert“ und „Reliabilität und Validität nicht überprüft“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

Die Studie ist darüber hinaus Teil der am Universitätsklinikum Essen eingereichten und verteidigten Habilitationsschrift des Erst-Autors. Sie durchlief daher eine sorgfältige wissenschaftliche Prüfung. Ferner wurde diese Studie von PSYCHOTHERAPY RESEARCH publiziert, einer wiss. peer review-Zeitschrift mit hohem impact factor (> 3)

Die Expertengruppe der BpTK kommt in Bezug auf die Teusch-Studien zu folgender Einschätzung:

„Studie von Teusch et al. (1991), Evidenzstufe IV“ (BpTK S. 39).

„Studie von Teusch et al. (1997, 1999, 2001), Evidenzstufe IV“ (BpTK S. 40)

Und zu der Gesamt-Aussage:

„...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).“ (BpTK S.40)

Offensichtlich hat der WBP 2017 keinen einzigen Wirksamkeitsbeleg aus den zahlreichen Studien in stationären Settings der Gruppen um Teusch und Finke berücksichtigt, obwohl gerade diese oft in manualisierter Form durchgeführt wurden.

Dazu sollte aber bedacht werden, dass zahlreiche Psychopharmakaprüfungen stationär durchgeführt wurden und werden; die geprüften Substanzen werden alle auch für die ambulante Behandlung zugelassen, obwohl in die Behandlungsergebnisse neben den spezifischen Effekten auch unspezifische Milieufaktoren eingehen können. Einen generellen Ausschluss von Studien im stationären Setting hält die AGHPT daher für nicht angemessen.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

B2: Beanstandung von Negativbewertungen im Bereich „1 Affektive Störungen“

a) Cooper et al. 2003 WBP 2017: ausgeschlossen weil „keine HPT“

Die Bewertung „keine HPT“ durch den WBP ist nicht nachvollziehbar. Die Expertenkommission der BpTK schreibt dazu (BpTK S. 32/33)

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 Behandlungsbedingungen zeigten sich zur 4,5-Monats-Katamnese hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik der Routinebehandlung signifikant überlegen.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie zu überprüfen und zu korrigieren

b) Fleming/Thornton 1987 WBP 2017: abgelehnt wegen „zu geringer statistischer Power“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

c) Beutler et al. 1991/1993/1981 WBP 2017: abgelehnt wegen „zu geringer statistischer Power“

WBP 1999/2000 hat Beutler et al. (1991) als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

Wenn hier nun 3 Studien – für die zudem andere Kriterien gelten sollten, da es ältere sind – neben anderen abgelehnt würden, bleibt zu fragen, wie hoch der WBP 2017 den Beta-Fehler einer solchen Bewertung einschätzt.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

d) Friedli et al. 1997 WBP 2017: abgelehnt wegen „keine adäquate Diagnosestellung“

Da die Expertenkommission der BPTk die Diagnosestellung nicht bemängelte, wurde die Publikation genauer inspiziert. In der Tat ist das Abstract ungünstig formuliert und fokussiert darauf, dass die 136 randomisiert in HPT- (N=66) und Standard-Arzt-Behandlung (N=70) einem breiteren Diagnosespektrum entsprechen (Depression, Angst, und „mental disorder symptoms“). Ab S. 1664 ist allerdings die Analyse für Patienten mit entsprechenden Werten auf „Beck depression inventory“ ausgeführt. Die Gruppe mit „Rogerian“-Therapie war signifikant erfolgreicher (p=0.035) als TAU (Arztbehandlung).

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie zu überprüfen und zu korrigieren

B3: Beanstandung der Negativbewertungen im Bereich „6 Anpassungs- und Belastungsstörungen“

a) Paivio et al. 2001 (und 2004) WBP 2017: ausgeschlossen weil „ohne festgestellte Störung mit Krankheitswert“

Die Studie Paivio et al. (2001) wurde 2002 vom damaligen WBP als Wirksamkeitsstudie anerkannt

Die Expertenkommission der BPTk schreibt dazu (BPTk 2006, S. 42/43 - Hervorheb. AGHPT)

Die Studie untersucht die Wirksamkeit der „Emotion-Focused Therapy“ im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe bei insgesamt 37 von 46 zugewiesenen Patienten mit kindlicher Missbrauchserfahrung....

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

Die AGHPT hält die Bewertung der Paivio et al. (2001) (plus 2004) für nicht korrekt. Da allerdings für den Bereich 6 etliche Studien vom WBP 2017 als Wirksamkeitsnachweis anerkannt sind, verzichtet die AGHPT auf die Mehrarbeit einer neuerlichen Bewertung dieser Studie, sofern die Wirksamkeit der HPT für diesen Bereich nicht infrage gestellt wird.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie ggf. zu überprüfen und zu korrigieren

B 4: Beanstandung von Negativbewertungen im Bereich „8 Nicht-organische Schlafstörungen“

a) Engel-Sittenfeld et al. 1980 WBP 2017: ausgeschlossen weil „keine HPT“

WBP 1999/2000 als Wirksamkeitsstudie für GPT anerkannt

Aus dem Text der Studie:

„Zur Beantwortung dieser Frage wurden in der vorliegenden Studie drei psychotherapeutische Methoden zur Behandlung chronischer Einschlafstörungen verglichen, nämlich (C) eine nondirektive Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1957; s. auch Tausch 1970) zur Konfliktbewältigung. (S. 37) ...“

„Behandlungsmethoden“ (S.40): „*Gesprächspsychotherapie (GT)*. Das dritte Therapiepaket bestand in einer individuellen Gesprächspsychotherapie nach Rogers...“ (S. 41)

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studie zu überprüfen und zu korrigieren

b) Ascher/Turner 1980

c) Ascher/Turner 1979 alle 3 Studien hat der WBP 2017 ausgeschlossen mit: „keine HPT“

d) Turner/Ascher 1979

Aufgrund der Klärung in B1 h anhand der Aussage Aschers, dass er Frankls Paradoxe Intention tatsächlich voll und ganz und in Abstimmung mit Frankl als Technik der HPT angewendet hat,

bittet die AGHPT den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren.

Mit anderen US-Forschern, die „Paradoxe Intention“ gegen Schlafstörungen eingesetzt haben, konnte die AGHPT wegen begrenzter Zeit und Ressourcen keinen Kontakt aufnehmen, um zu überprüfen, ob sie diese HPT-Technik im Sinne der HPT angewendet oder „adaptiert“ haben. Die AGHPT behält sich vor, dies ggf. zu prüfen.

B5: Beanstandung von Negativbewertungen im Bereich „11 Schizophrenie...“

a) Martin 2016 WBP 2017: abgelehnt wg. „methodischer Mängel“

Diagnose wurde gemäß ICD-10 Kriterien gestellt: (F20.x, F25.x); *“confirmed via the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (Wittchen et al., 1997) and reviews of hospital case notes.”* Zusätzliche Charakteristika waren als Einschluss- und Ausschlusskriterien definiert:

All eligible patients were randomly allocated to either the treatment or the control group and invited for an extensive diagnostic interview prior to and after the intervention. Clinical raters were blind to the hypothesis of the study and to the group allocation. Randomization was done by one of the project coordinators, who was not involved in data assessment and analysis. Computer based block randomization (Suresh, 2011) via Excel was used in order to form small treatment groups of up to eight patients. Allocation ratio of treatment and control group was intended to be 2:1.

Aktuelle, validierte und dem Studienstandard entsprechende **Messverfahren mit klarer Unterscheidung eines primären und sekundären Outcomes** sind eingesetzt worden: *“number of psychopathological symptoms as well as the general functioning of the patients were assessed: the amount of positive symptoms was recorded using the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS; Andreasen, 1984b). The overall severity of psychopathological symptoms was assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall and Gorham, 1962). Finally the social, occupational and psychological functioning of participants was assessed using the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale (Hall, 1995).*

The primary outcome measure of the sub-study at hand was the amount of negative symptoms of the participants. It was assessed using the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen, 1984a).

Erkrankungsspezifische **Zielkriterien** wurden als Outcome-Parameter definiert.

Diese Studie erfüllt daher aus AGHPT-Sicht alle Kriterien einer robusten und methodenkritischen Anforderungen genügenden modernen randomisiert-kontrollierten Studie.

Die AGHPT bittet um Spezifikation der „methodischer Mängel“, welche für diese Studie einen begründeten Zweifel an der gezeigten Wirksamkeit der HPT ergeben und die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren.

b) Tarrier et al. 1998

c) Tarrier et al. 2000 alle 4 Studien hat der WBP 2017 ausgeschlossen mit: „keine HPT“

d) Tarrier et al. 2004

e) Tarrier et al. 2006

Diese Studien sind als Wirkungsnachweise angemessen nur nicht fragmentiert zu beurteilen: Tarrier et al. 1998 und 2000 einerseits und Tarrier et al. 2004 und 2006 andererseits gehören jeweils zusammen: die jeweils zweite ist eine follow-up der jeweils ersten (2 Jahre bzw. 18 Monate).

Das „supportive counselling“ wird näher beschrieben mit: *„This intervention aimed to provide emotional support through the development of a supportive relationship fostering rapport and unconditional regard for the patient.“* (S. 304).

„Unconditional regard“ ist eines der zentralen Konzepte der Gesprächspsychotherapie.

Die Expertenkommission der BPTK kommt daher auch zu der Bewertung bei Tarrier 1998/2000 (BPTK 2006, S. 51/52) und Tarrier 2004/2006:

„Die Bedingung der Supportiven Beratung beinhaltetete u. a. 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 (GTII) bewertet.“

Gerade wegen der vergleichsweise großen Stichproben – 1998/2000 N= 87, 2004/2006 N=309 - und der besonders in den follow-up Untersuchungen starken Wirkung der HPT hält die AGHPT gerade diese Studien für zwei bedeutsame (weitere) Wirkungsnachweise für HPT bei Schizophrenie.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

f) Nitsun et al. 1974 vom WBP 2017 ausgeschlossen mit: „Reliabilität und Validität der Messverfahren nicht überprüft/bzw. unzureichend“

Es handelt sich aber um eine alte Studie, für die gilt:

Dem Zeitpunkt der Studie gemäß wurde Diagnose klinisch gestellt (N=24 chronic schizophrenic patients“) und als Charakteristika sind beschrieben: *“chronically hospitalised for two years or more...manifesting some of the symptoms of flatness of affect, thought disorder, emotional incongruity, social withdrawal, body image disturbance, poverty and incoherence of speech, and impaired psychomotor functioning“*

Klare Beschreibung der Randomisierung der Gruppen: *“Patients were matched in two groups according to age , intelligence (WAIS full scale IQ) and length of hospitalisation. The groups were then randomly assigned to either of the two forms of treatment .”*

Keine signifikanten baseline Unterschiede zwischen den Gruppen (Alter, Hospitalisierungs-Dauer, Intelligenz)

Aktive Kontrolle: Group Psychotherapy

1. Global assessment of illness on 7-point rating scale
2. Rating of Improvement on a 9-point scale (-4 / 0 +4)
3. Wing’s Scale of Schizophrenic Symptoms (each item rated on 5-point scale, 1961) including: flatness and incongruity of affect, poverty of speech, incoherence of speech, and coherent delusions.

Klinisch relevante Zielkriterien wurden der Studie zugrunde gelegt, einschließlich Psychopathologie und Psychologische Tests (Wechsler Adult Intelligence Scale, Rohrschach, Draw-A-Person Body Image Scale) .

Outcomekriterien tabellarisch für drei Zeitpunkte (baseline, during therapy, after therapy) erfasst für Experimental und KG; Unterschiede wurden mittels Sandler’s A test und paired sample T-Test bestimmt und beschrieben.

Die AGHPT hält diese Studie daher für eine für die damalige Zeit und diagnostischen Standards für eine sehr sorgfältig angelegte RCT-Studie.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

g) Goertzel et al. 1965 WBP 2017: abgelehnt wg. „methodischer Einschränkungen“ (benannt)

Es handelt sich aber um eine recht frühe Studie mit folgenden Eigenschaften:

Dem Zeitpunkt der Studie gemäß (1963-1965) wurde Diagnose klinisch gestellt (N=36 “chronic regressed schizophrenic patients”) und die psychiatrischen, hospitalisierten Patienten gekennzeichnet mit: *“both men and women on a special research ward...: the third on a regular hospital unit.”* Der Schweregrad wird ebenfalls herausgestellt: *“an attempt was made to include the sickest, most regressed, and most disturbed patients.”*

Studie wurde randomisiert durchgeführt: *“patients were assigned by random method in three cohorts to control and experimental groups, with evaluation before and after treatment”*. Außerdem: *“stratification by sex”*

Die Tabelle der Publikation zeigt, dass es keine signifikanten baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen gab (Alter, Geschlecht, Anzahl der Hospitalisierungen, Krankheitsdauer, Krankheits-Skala).

Aktive Kontrollle: *“same amount of time spent listening to music in a group social situation”*).

Zu den ratings heißt es:

„1. Psychiatrist (from outside the hospital who had no connection with or knowledge of the patient’s treatment) ratings with independent blind evaluation: overall global rating of improvement o 5-point scale previously established as sensitive discriminating criterion.

2. Nursing rating: MACC Motility scale and General Functioning“

klinisch relevante Zielkriterien wurden der Studie zugrunde gelegt; Outcomekriterien tabellarisch erfasst mit mean/s.d für Experimental und KG; Unterschiede wurden mittels *paired sample T-Test* bestimmt und beschrieben

Die AGHPT hält diese Studie daher für die damalige Zeit und diagnostischen Standards eine sehr sorgfältig angelegte RCT-Studie.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien zu überprüfen und zu korrigieren

h) Priebe et al. 2016 vom WBP abgelehnt, da KPT „nicht besser als Kontrolle“

Diese Bewertung ist zunächst korrekt. Wir senden mit dieser Stellungnahme eine neue (dem WBP bisher nicht vorgelegte) Arbeit aus 2017 mit einer Zweitanalyse der Daten:

Mark Savill, Stavros Orfanos, Richard Bentall, Ulrich Reininghaus, Til Wykes & Stefan Priebe (2017): The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: A secondary analysis of the NESS trial data. *Psychiatry Research*, 247 (2017) 73–78

Diese Zweitanalyse zeigt, dass es in der Studie Priebe et al. 2016 doch einen (geschlechtsspezifischen) Effekt gibt. Diese Studie mit einer Sekundäranalyse einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie entspricht allen Kriterien einer Wirksamkeitsstudie. Zu dem neuen Ergebnis kommt die Tatsache, dass das als paralleles Outcome-Kriterium definierte Instrument CAINS auch in der Primäranalyse (Priebe et al. 2016) ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich der spezifischen Negativsymptomatik des expressiven Ausdrucksverhaltens zeigt.

Die AGHPT bittet den WBP, die Bewertung dieser Studien auf der Basis der Zweitanalyse (2017) zu überprüfen und zu korrigieren

B6: Kritik der Bewertungen im Bereich „XX Gemischte Störungen“

Die Kategorie „Gemischte Störungen“ meint einerseits Patienten mit sog. „ko- und multimorbiden“ Störungen zum anderen Untersuchungsgruppen mit Patienten, die man unterschiedlichen Störungskategorien zuordnen könnte.

Die meisten der rund 70 Studien in diesem Bereich sind über 30 bis 40 Jahre alt. „Gemischte Störungen“ umfasst in diesen Studien in der Regel Patienten mit beiden Aspekten von „gemischt“. Besonders in der HPT stand und steht das sehr spezifische Störungsbild des einzelnen Patienten im Zentrum – woraus sich ein sehr differentielles Vorgehen mit dynamisch-adaptiven Therapieverläufen ergibt. Die Zuordnung zu einer abstrakten und groben diagnostischen Kategorie war oft nicht das Anliegen der Forscher. Zumal es Patienten, die auch bei sorgfältiger Diagnose nur in eine einzige Klasse fallen, heute nur in Sonderfällen gibt – sie sind weitgehend eine Fiktion allzu einfacher Forschungsmodelle.

Dies wird hier betont, weil ein sehr großer Teil dieser alten Studien die „Mindestanforderung“ an eine „adäquate Diagnosestellung“ nach heutigen Vorstellungen nicht erfüllt. Manche erfüllen auch nicht die Feinheiten in der Methodik einer Beweistechnik, die erst in den letzten Jahren mehr oder minder konsensfähig und keinesfalls unumstritten entwickelt wurden.

Dieses Problem war selbst bei der Abfassung des „Methodenpapiers“ des WBP (aktuell: Version 2.8.) klar. Deshalb wurde explizit formuliert:

„ **II.4.7. Berücksichtigung älterer Studien:** Für den Fall, dass bei der Bewertung eines Psychotherapieverfahrens ältere Studien beurteilt werden müssen, die den heute gültigen methodischen Standards der Psychotherapieforschung nicht mehr entsprechen, weil sie zu einer Zeit geplant und durchgeführt wurden, in der diese Standards noch nicht etabliert waren, wird der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie dies bei der Beurteilung der Studien berücksichtigen“ (Es folgt eine exemplarische Spezifikation für Studien vor 1990).

Die AGHPT kann nicht erkennen, ob und bei welchen Studien dies zur Anwendung kam und bittet um Aufklärung.

Ein besonders markantes Beispiel sind die Studien von

Meyer 1981 (und Meyer et al. 1988) WBP 2017: abgelehnt wg. „methodischer Einschränkungen“

Die Studie wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert, in der renommierten Zeitschrift *Psychotherapy and Psychosomatics* veröffentlicht und von den Juroren der *Society of Psychotherapy Research* mit dem internationalen Forschungspreis der SPR ausgezeichnet. Die Studie entsprach zum damaligen Zeitpunkt dem Goldstandard einer empirischen Psychotherapie-Studie. Die randomisierte vergleichende klinische Studie erfüllt die Kriterien der Evidenzstufe Ib.

Wohl auch deshalb wurde Meyer (zusammen mit Richter, Grawe, Graf v. d. Schulenburg & Schulte) mit dem bekannten „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ von der Bundesregierung beauftragt.

Auch die Expertenkommission der BpT schreibt dazu (BpT 2006, S. 55):

„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.“

Für die AGHPT ist nicht ersichtlich, ob und was inzwischen Zweifel an der belegten Wirksamkeit der HPT begründen könnte.

Die AGHPT bittet den WBP um Klärung dieser Frage.

Die operationalisierte Bedeutsamkeit dieser Frage im Hinblick auch auf viele weitere Studien im Bereich XX ergibt sich aus der Tatsache, dass die Wissenschaftler des WBP 1999/2002 einige der Studien als wissenschaftlich erbrachte Belege der Wirksamkeit bewertet haben. Es geht dabei um mindestens* folgende Studien mit gemischter Klientel, die als methodisch adäquat beurteilt wurden:

- 1) Bommert et al., 1972
- 2) Bommert et al., 1975
- 3) Eckert & Biermann-Ratjen, 1985
- 4) Franke, 1977
- 5) Grawe et al., 1990
- 6) Minsel et al., 1972
- 7) Rudolph et al., 1980
- 8) Sander et al., 1973

* es gibt weitere Studien, die aber nicht abschließend in die Bewertung aufgenommen wurden, weil die laut damaligem Kriterium erforderliche Anzahl von 8 „gemischten“ Studien bereits erreicht war.

Die AGHPT bittet den WBP, die Unklarheiten und Widersprüche zu vorliegenden Bewertungen der Studien im Bereich XX (zumindest in Bezug zu den hier aufgeführten 9 Studien) zu klären.

Endnoten:

ⁱ Hölldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 319-363). Göttingen: Hogrefe.

ⁱⁱ Eckert, J. (2013): Machtmissbrauch in den Psychotherapiewissenschaften Mittel und Wege der Monopolisierung. *Persönlichkeitsstörungen*, 17, 278-287

ⁱⁱⁱ Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley

^{iv} WBP 1999/2002 (Gutachten zur Gesprächspsychotherapie / Gutachten zum Nachtrag...)

<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.116>

^v BptK: "Ergänzung der Stellungnahme der BptK nach § 91 Abs. 8a SGB V vom 30.10.2006 zur Gesprächspsychotherapie unter Einbezug des vollständigen Berichts zur Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen vom 17.07.2006"

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/ambulante_Versorgung/20071105_stn_bptk_ergaenzun_g-gpt.pdf

^{vi} Es handelt sich um die Original-Protokollbögen der Arbeitsgruppe/Themengruppe des G-BA, welche im Auftrag des Unterausschusses Psychotherapie des G-BA die Sichtung und Bewertung der Studien vornahm. So weit bekannt, war keiner dieser Personen mit dem Verfahren oder mit Verbänden der GPT assoziiert. Der Rückgriff auf die vorliegenden Originalbögen ist wichtig, weil der Unterausschuss Psychotherapie – geleitet von einem Vorsitzenden, der zugleich im Vorstand eines VT-Instituts war – die darin enthaltenen Feststellungen teilweise erheblich „verfremdet“ ins Gutachten des G-BA übernommen hat.

^{vii} (http://measures.earlyadolescence.org/media/upload/ATQ30inclinical_2232622.pdf)