IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

IQWiG-Berichte – Nr. 513

Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Abschlussbericht

Auftrag: N14-02
Version: 1.0
Stand: 24.05.2017

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

25.08.2014

Interne Auftragsnummer:

N14-02

Anschrift des Herausgebers:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: berichte@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen zu potenziellen Interessenkonflikten sind in Kapitel A8 dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externe Sachverständige

- Jürgen Kasper, Universität Tromsø, Norwegen
- Friedemann Geiger, Medical School Hamburg und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Dagmar Koethe, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (bis Juli 2015)

Das IQWiG dankt den externen Beteiligten für ihre Mitarbeit am Projekt.

Mitarbeiter des IQWiG[1]

- Sebastian Grümer
- Markus von Pluto Prondzinski
- Lars Beckmann
- Ulrich Grouven
- Julia Kreis
- Ulrike Lampert
- Fülöp Scheibler

Schlagwörter: Psychotherapie, Psychische Störungen, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht

Keywords: Psychotherapy, Mental Disorders, Benefit Assessment, Systematic Review

[1] Aufgrund gesetzlicher Datenschutzbestimmungen haben Mitarbeiter das Recht, ihrer Namensnennung nicht zuzustimmen.

Kernaussage

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist

- die Nutzenbewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren

jeweils bei Erwachsenen mit einer psychischen Störung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte. Hinsichtlich der Vergleichsintervention bestehen keine Einschränkungen mit Ausnahme von Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zugeordnet werden können, sowie mit Ausnahme von medikamentösen Behandlungen mit für die jeweilige Indikation in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln.

Fazit

Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen

In der Gesamtschau von 4 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ergeben sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung, ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung sowie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie.

Störungsbereich Demenz

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Demenz ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich depressive Störungen

In der Gesamtschau von 6 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Essstörungen

In der Gesamtschau von 3 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Essstörungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen.

Störungsbereich gemischte Störungen

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich gemischte Störungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen.

Störungsbereich körperliche Erkrankungen

In der Gesamtschau von 9 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie.

Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

In der Gesamtschau von 5 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

In der Gesamtschau von 6 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung.

Datengrundlage der Nutzenaussagen

Die Nutzenaussagen in den Störungsbereichen Angststörungen und Zwangsstörungen, gemischte Störungen, körperliche Erkrankungen sowie Substanzkonsumstörungen beruhen auf Endpunkten zur psychischen Symptomatik.

Die Nutzenaussagen in den Störungsbereichen depressive Störungen, Essstörungen sowie Schizophrenie und affektive psychotische Störungen beruhen auf Endpunkten zur psychischen Symptomatik sowie zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau.

In den Störungsbereichen depressive Störungen und körperliche Erkrankungen beruhen die Nutzenaussagen darüber hinaus zum Teil auf den Endpunkten gesundheitsbezogene Lebensqualität (depressive Störungen) und Überleben (körperliche Erkrankungen).

Nur in 5 Störungsbereichen gibt es verwertbare Daten zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau. Nur in 4 Störungsbereichen gibt es verwertbare Daten zu den Endpunkten Mortalität und gesundheitsbezogene Lebensqualität. In keinem Störungsbereich gibt es verwertbare Daten zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse, sodass eine Gesamtabwägung zum Nutzen und Schaden nicht möglich ist.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Kernaussage ... **iii**
Tabellenverzeichnis ... **xix**
Abbildungsverzeichnis ... **xxxi**
Abkürzungsverzeichnis ... **xxxv**
1 Hintergrund ... **1**
2 Fragestellung ... **3**
3 Methoden ... **4**
4 Ergebnisse ... **6**
4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung ... **6**
4.2 Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse ... **6**
4.3 Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ... **8**
4.3.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien ... 8
4.3.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte ... 9
4.3.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene ... 9
4.3.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten ... 10
4.3.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ... 12
4.3.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie ... 12
4.3.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 13
4.3.5 Studien unklarer Relevanz ... 13
4.3.6 Landkarte der Beleglage ... 13
4.3.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses ... 14
4.3.8 Fazit ... 15
4.4 Störungsbereich Demenz ... **17**
4.4.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien ... 17
4.4.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte ... 17
4.4.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene ... 17
4.4.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten ... 18
4.4.4.1 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 18
4.4.5 Landkarte der Beleglage ... 19
4.4.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses ... 19
4.4.7 Fazit ... 19
4.5 Störungsbereich depressive Störungen ... **20**

4.5.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 20
4.5.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 22
4.5.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 24
4.5.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 25
4.5.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie) 33
4.5.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management 35
4.5.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung 35
4.5.5 Landkarte der Beleglage 36
4.5.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses 39
4.5.7 Fazit 39
4.6 Störungsbereich Essstörungen 41
4.6.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 41
4.6.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 42
4.6.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 43
4.6.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 43
4.6.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie 44
4.6.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie 45
4.6.5 Studien unklarer Relevanz 45
4.6.6 Landkarte der Beleglage 46
4.6.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses 46
4.6.8 Fazit 47
4.7 Störungsbereich gemischte Störungen 48
4.7.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 48
4.7.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 48
4.7.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 48
4.7.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 49
4.7.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie 49
4.7.5 Landkarte der Beleglage 50
4.7.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses 50
4.7.7 Fazit 51
4.8 Störungsbereich körperliche Erkrankungen 52
4.8.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 52
4.8.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 54
4.8.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 55
4.8.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 56

4.8.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie 60
4.8.4.2 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung 60
4.8.5 Studien unklarer Relevanz 61
4.8.6 Landkarte der Beleglage 62
4.8.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses 63
4.8.8 Fazit 64
4.9 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen 66
4.9.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 66
4.9.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 66
4.9.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 66
4.9.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 67
4.9.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie 67
4.9.5 Landkarte der Beleglage 67
4.9.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses 68
4.9.7 Fazit 68
4.10 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen 69
4.10.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 69
4.10.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 69
4.10.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 70
4.10.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 71
4.10.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung 72
4.10.4.2 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung 73
4.10.5 Landkarte der Beleglage 73
4.10.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses 74
4.10.7 Fazit 75
4.11 Störungsbereich Substanzkonsumstörungen 76
4.11.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 76
4.11.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte 77
4.11.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene 79
4.11.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten 79
4.11.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie 81
4.11.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung 82
4.11.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung 82
4.11.5 Studien unklarer Relevanz 83
4.11.6 Landkarte der Beleglage 83
4.11.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses 84

4.11.8 Fazit ... 84
4.12 Zusammenfassende Einordnung des Arbeitsergebnisses zu unerwünschten Ereignissen und zur Aussagesicherheit der Nutzenbewertung ... 86
5 Gesamtfazit ... 88
Details des Berichts ... 90
A1 Projektverlauf ... 90
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts ... 90
A1.2 Dokumentation der Änderungen im Projektverlauf ... 91
A2 Details der Methoden ... 93
A2.1 Methodik gemäß Berichtsplan ... 93
A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung ... 93
A2.1.1.1 Population ... 93
A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention ... 93
A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte ... 94
A2.1.1.4 Studientypen ... 95
A2.1.1.5 Studiendauer ... 95
A2.1.1.6 Publikationssprache ... 95
A2.1.1.7 Tabellarische Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss ... 95
A2.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen ... 96
A2.1.2 Informationsbeschaffung ... 96
A2.1.2.1 Bibliografische Literaturrecherche ... 96
A2.1.2.2 Weitere Suchquellen zur Identifikation von zusätzlichen publizierten und nicht publizierten Studien bzw. Informationen zu relevanten Studien ... 97
A2.1.2.2.1 Systematische Übersichten ... 97
A2.1.2.2.2 Öffentlich zugängliche Studienregister ... 97
A2.1.2.2.3 Durch den G-BA übermittelte Unterlagen ... 97
A2.1.2.2.4 Zusätzliche Informationen zu relevanten Studien aus Autorenanfragen ... 98
A2.1.2.2.5 Informationen aus Anhörungen ... 98
A2.1.2.3 Selektion relevanter Studien ... 98
A2.1.3 Informationsbewertung ... 99
A2.1.4 Informationssynthese und -analyse ... 100
A2.1.4.1 Zuordnung von Studien zu Störungsbereichen ... 100
A2.1.4.2 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien ... 100
A2.1.4.3 Metaanalysen ... 100
A2.1.4.4 Sensitivitätsanalysen ... 101
A2.1.4.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren ... 101

A2.2 Spezifizierungen und Änderungen der Methodik ... 102
A3 Details der Ergebnisse ... 107
A3.1 Informationsbeschaffung ... 107
A3.1.1 Primäre Suchquellen ... 107
A3.1.1.1 Bibliografische Recherche ... 107
A3.1.1.2 Öffentlich zugängliche Studienregister ... 108
A3.1.2 Weitere Suchquellen ... 109
A3.1.2.1 Systematische Übersichten ... 109
A3.1.2.2 Durch den G-BA übermittelte Dokumente ... 110
A3.1.2.3 Anhörung ... 111
A3.1.2.4 Autorenanfragen ... 111
A3.1.3 Resultierender Studienpool ... 112
A3.2 Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ... 116
A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 116
A3.2.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 128
A3.2.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 130
A3.2.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ... 130
A3.2.4.1 Endpunkt Mortalität ... 130
A3.2.4.2 Endpunkt Morbidität ... 130
A3.2.4.2.1 Endpunkt Vollremission Angststörung ... 130
A3.2.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 135
A3.2.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 135
A3.2.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 135
A3.2.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ... 135
A3.2.5.1 Endpunkt Mortalität ... 135
A3.2.5.2 Endpunkt Morbidität ... 135
A3.2.5.2.1 Endpunkt Vollremission Angststörung ... 135
A3.2.5.2.2 Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 138
A3.2.5.2.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung Angst ... 138
A3.2.5.2.2.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 140
A3.2.5.2.3 Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit ... 140
A3.2.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 143
A3.2.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 143
A3.2.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 143
A3.2.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 143

A3.2.6.1 Endpunkt Mortalität ... 143
A3.2.6.2 Endpunkt Morbidität ... 144
A3.2.6.2.1 Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 144
A3.2.6.2.1.1 Endpunkt Symptomatik Angst ... 144
A3.2.6.2.1.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 146
A3.2.6.2.2 Endpunkt Symptomverbesserung Zwang ... 146
A3.2.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 148
A3.2.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 148
A3.2.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 148
A3.3 Störungsbereich Demenz ... 149
A3.3.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 149
A3.3.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 153
A3.3.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 153
A3.3.4 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 154
A3.3.4.1 Endpunkt Mortalität ... 154
A3.3.4.2 Endpunkt Morbidität ... 154
A3.3.4.2.1 Endpunktkategorie Demenzsymptomatik ... 154
A3.3.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 156
A3.3.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 156
A3.3.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 156
A3.4 Störungsbereich depressive Störungen ... 157
A3.4.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 157
A3.4.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 177
A3.4.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 190
A3.4.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie) ... 190
A3.4.4.1 Endpunkt Mortalität ... 190
A3.4.4.2 Endpunkt Morbidität ... 191
A3.4.4.2.1 Endpunkt Vollremission depressive Störung ... 191
A3.4.4.2.2 Endpunktkategorie Depressivität ... 194
A3.4.4.2.2.1 Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) ... 194
A3.4.4.2.2.2 Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) ... 200
A3.4.4.2.2.3 Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) ... 204
A3.4.4.2.2.4 Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) ... 207
A3.4.4.2.2.5 Nutzenaussage für den Endpunktkategorie Depressivität ... 209

A3.4.4.2.3 Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 209
A3.4.4.2.3.1 Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) ... 209
A3.4.4.2.3.2 Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) ... 213
A3.4.4.2.3.3 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik ... 217
A3.4.4.2.4 Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik ... 217
A3.4.4.2.4.1 Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 217
A3.4.4.2.4.2 Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) ... 221
A3.4.4.2.4.3 Generelle psychiatrische Symptomatik ... 223
A3.4.4.2.4.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik ... 227
A3.4.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 228
A3.4.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 231
A3.4.4.4.1 Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 231
A3.4.4.4.2 Endpunkt Erwerbsstatus ... 234
A3.4.4.4.3 Endpunkt soziales Funktionsniveau ... 238
A3.4.4.4.4 Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome ... 243
A3.4.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 245
A3.4.4.6 Endpunkt Hospitalisierung ... 246
A3.4.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management ... 249
A3.4.5.1 Endpunkt Mortalität ... 249
A3.4.5.2 Endpunkt Morbidität ... 249
A3.4.5.2.1 Endpunkt Rückfall ... 249
A3.4.5.2.2 Endpunkt Symptomatik Depressivität ... 251
A3.4.5.2.3 Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit ... 254
A3.4.5.2.4 Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen ... 256
A3.4.5.2.5 Endpunkt Symptomatik Fatigue ... 258
A3.4.5.2.6 Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion ... 260
A3.4.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 262
A3.4.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 264
A3.4.5.4.1 Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand ... 264
A3.4.5.4.2 Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 266
A3.4.5.4.3 Endpunkt körperliches Funktionsniveau ... 268
A3.4.5.4.4 Endpunkt soziales Funktionsniveau ... 270
A3.4.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 272

A3.4.5.6 Endpunkt Hospitalisierung ... 272
A3.4.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 272
A3.4.6.1 Endpunkt Mortalität ... 272
A3.4.6.1.1 Endpunkt Suizid ... 272
A3.4.6.2 Endpunkt Morbidität ... 275
A3.4.6.2.1 Endpunktkategorie Depressivität ... 275
A3.4.6.2.1.1 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) ... 275
A3.4.6.2.1.2 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) ... 278
A3.4.6.2.1.3 Endpunkt Symptomatik Depressivität ... 281
A3.4.6.2.1.4 Nutzenaussage für den Endpunktkategorie Depressivität ... 284
A3.4.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 284
A3.4.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 284
A3.4.6.4.1 Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome ... 284
A3.4.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 286
A3.4.6.6 Endpunkt Hospitalisierung ... 286
A3.5 Störungsbereich Essstörungen ... 289
A3.5.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 289
A3.5.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 300
A3.5.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 302
A3.5.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie ... 302
A3.5.4.1 Endpunkt Mortalität ... 303
A3.5.4.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität ... 303
A3.5.4.2 Endpunkt Morbidität ... 305
A3.5.4.2.1 Endpunkt Teilremission Essstörung ... 305
A3.5.4.2.2 Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle ... 308
A3.5.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 310
A3.5.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 310
A3.5.4.4.1 Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome ... 310
A3.5.4.4.2 Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ... 312
A3.5.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 314
A3.5.4.6 Endpunkt Hospitalisierung ... 315
A3.5.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie ... 317
A3.5.5.1 Endpunkt Mortalität ... 317

A3.5.5.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität ... 317
A3.5.5.2 Endpunkt Morbidität ... 320
A3.5.5.2.1 Endpunkt Teilremission Essstörung ... 320
A3.5.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 322
A3.5.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 322
A3.5.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 322
A3.5.5.6 Endpunkt Hospitalisierung ... 322
A3.6 Störungsbereich gemischte Störungen ... 326
A3.6.1 Studiendesign und Studienpopulation ... 326
A3.6.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 331
A3.6.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 331
A3.6.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ... 331
A3.6.4.1 Endpunkt Mortalität ... 332
A3.6.4.2 Endpunkt Morbidität ... 332
A3.6.4.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 332
A3.6.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 334
A3.6.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 334
A3.6.4.4.1 Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ... 334
A3.6.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 336
A3.7 Störungsbereich körperliche Erkrankungen ... 337
A3.7.1 Studiendesign und Studienpopulationen ... 337
A3.7.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 358
A3.7.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 365
A3.7.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie ... 366
A3.7.4.1 Endpunkt Mortalität ... 366
A3.7.4.2 Endpunkt Morbidität ... 366
A3.7.4.2.1 Endpunkt Rückfall ... 366
A3.7.4.2.2 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 368
A3.7.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 370
A3.7.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 370
A3.7.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 370
A3.7.5 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 370
A3.7.5.1 Endpunkt Mortalität ... 371
A3.7.5.1.1 Endpunkt Überleben ... 371

A3.7.5.2 Endpunkt Morbidität ... 373
A3.7.5.2.1 Endpunkt Reinfarkt ... 373
A3.7.5.2.2 Endpunkt Rückfall ... 375
A3.7.5.2.3 Endpunkt Angstsymptomatik ... 377
A3.7.5.2.4 Endpunktkategorie Depressivität ... 379
A3.7.5.2.4.1 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität ... 379
A3.7.5.2.4.2 Endpunkt depressive Symptomatik ... 381
A3.7.5.2.4.3 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Depressivität ... 385
A3.7.5.2.5 Endpunkt Fatiguesymptomatik ... 385
A3.7.5.2.6 Endpunkt Krankheitssymptomatik ... 387
A3.7.5.2.7 Endpunkt Schmerzsymptomatik ... 389
A3.7.5.2.8 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 392
A3.7.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 395
A3.7.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 397
A3.7.5.4.1 Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 397
A3.7.5.4.2 Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand ... 399
A3.7.5.4.3 Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau ... 404
A3.7.5.4.3.1 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) ... 404
A3.7.5.4.3.2 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) ... 406
A3.7.5.4.3.3 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) ... 408
A3.7.5.4.3.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau ... 410
A3.7.5.4.4 Endpunkt psychischer Gesundheitszustand ... 410
A3.7.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 412
A3.8 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ... 413
A3.8.1 Studiendesign und Studienpopulation ... 413
A3.8.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte ... 419
A3.8.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 419
A3.8.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ... 419
A3.8.4.1 Endpunkt Mortalität ... 419
A3.8.4.2 Endpunkt Morbidität ... 420
A3.8.4.2.1 Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung ... 420
A3.8.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 422
A3.8.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 422
A3.8.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 422

A3.9 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen 423
A3.9.1 Studiendesign und Studienpopulationen 423
A3.9.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte 435
A3.9.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene 438
A3.9.4 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung 438
A3.9.4.1 Endpunkt Mortalität 438
A3.9.4.2 Endpunkt Morbidität 439
A3.9.4.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung manische und Depressive Symptomatik 439
A3.9.4.2.2 Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 441
A3.9.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 443
A3.9.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit 443
A3.9.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse 443
A3.9.5 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung 443
A3.9.5.1 Endpunkt Mortalität 443
A3.9.5.2 Endpunkt Morbidität 443
A3.9.5.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 443
A3.9.5.2.2 Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 446
A3.9.5.2.3 Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik 448
A3.9.5.2.3.1 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala) 448
A3.9.5.2.3.2 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala) 450
A3.9.5.2.3.3 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global) 452
A3.9.5.2.3.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik 454
A3.9.5.2.4 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik 454
A3.9.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 457
A3.9.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit 460
A3.9.5.4.1 Endpunkt allgemeines Funktionsniveau 460
A3.9.5.4.2 Endpunkt soziales Funktionsniveau 462
A3.9.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse 464
A3.10 Störungsbereich Substanzkonsumstörung 465
A3.10.1 Studiendesign und Studienpopulationen 465
A3.10.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte 481

A3.10.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ... 484
A3.10.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ... 484
A3.10.4.1 Endpunkt Mortalität ... 484
A3.10.4.2 Endpunkt Morbidität ... 485
A3.10.4.2.1 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ... 485
A3.10.4.2.1.1 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) ... 485
A3.10.4.2.1.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ... 487
A3.10.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 487
A3.10.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 487
A3.10.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 487
A3.10.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ... 487
A3.10.5.1 Endpunkt Mortalität ... 487
A3.10.5.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität ... 487
A3.10.5.2 Endpunkt Morbidität ... 491
A3.10.5.2.1 Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung ... 491
A3.10.5.2.2 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ... 494
A3.10.5.2.2.1 Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz) ... 494
A3.10.5.2.2.2 Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz) ... 494
A3.10.5.2.2.3 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz) ... 495
A3.10.5.2.2.4 Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz) ... 496
A3.10.5.2.2.5 Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad) ... 497
A3.10.5.2.2.6 Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad) ... 498
A3.10.5.2.2.7 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) ... 499
A3.10.5.2.2.8 Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad) ... 500
A3.10.5.2.2.9 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ... 501
A3.10.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 501
A3.10.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ... 501
A3.10.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse ... 502
A3.10.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ... 502
A3.10.6.1 Endpunkt Mortalität ... 502
A3.10.6.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität ... 502
A3.10.6.2 Endpunkt Morbidität ... 504
A3.10.6.2.1 Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung ... 504
A3.10.6.2.2 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ... 508

A3.10.6.2.2.1 Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) 508
A3.10.6.2.2.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum 510
A3.10.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität..... 510
A3.10.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit 510
A3.10.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse 510
A4 Kommentare 511
A4.1 Bericht im Vergleich zu anderen systematischen Übersichten 511
A4.2 Kritische Reflexion des Vorgehens 513
A4.2.1 Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen 513
A4.2.2 Zusammenfassung von Vergleichsinterventionen..... 515
A4.2.3 Umgang mit potenziellem Publikationsbias 516
A4.2.4 Begründung für die Nichtdurchführung einer Suche in chinesischen Datenbanken 517
A4.2.5 Begründung für das Vorgehen bei der bibliografischen Literaturrecherche ... 518
A4.3 Würdigung der Anhörung..... 518
A4.3.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ und zu Definitionen der systemischen Therapie..... 519
A4.3.2 Anmerkungen zum Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen. 520
A4.3.4 Anmerkungen zum Störungsbereich Essstörungen 521
A4.3.5 Zuordnung von Kontrollinterventionen zu annerkannten Verfahren der PT-RL 522
A4.3.6 Benennung des Vergleichs „systemische Therapie gegen Psychotherapie“ ... 522
A4.3.7 Angabe des Analyseprogramms 522
A4.3.8 Anmerkungen zur Einschätzung des Verzerrungspotenzials 523
A4.3.9 Anmerkungen zur Bewertung des Nutzens bzw. Schadens 526
A4.3.10 Abfolge und Gliederung der Nutzenbewertung anhand der Indikationen für Psychotherapie gemäß PT-RL 527
A4.3.11 Berücksichtigung weiterer Vorteile der systemischen Therapie 528
A4.3.12 Anmerkungen zum Studienpool des Vorberichts..... 530
A4.3.13 Anmerkungen zur Übertragbarkeit der Studienergebnisse vor dem Hintergrund des Konzepts des radikalen Konstruktivismus und dessen Relevanz in der deutschen Versorgung 538
A4.3.14 Anmerkungen zur kritischen Reflexion des Vorgehens..... 539
A5 Literatur 540
A6 Studienlisten 564
A6.1 Liste der eingeschlossenen Studien..... 564
A6.2 Liste der gesichteten systematischen Übersichten 572

A6.3 Liste der ausgeschlossenen Publikationen zum Thema mit Ausschlussgründen 590
A6.4 Liste der ausgeschlossenen Dokumente aus den durch den G-BA übermittelten Dokumenten 810
A7 Suchstrategien 812
A7.1 Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken 812
A7.2 Similar articles und Times cited-Funktionen 816
A7.3 Suche in Studienregistern 820
A8 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen 822

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Übersicht über die zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse für alle Störungsbereiche und Vergleichsinterventionen über alle Endpunkte hinweg 7
Tabelle 2: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen 9
Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen getrennt nach Vergleich 10
Tabelle 4: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen 14
Tabelle 5: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Demenz 17
Tabelle 6: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Demenz 18
Tabelle 7: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorie des Störungsbereichs Demenz 19
Tabelle 8: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität 23
Tabelle 9: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung 24
Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich 25
Tabelle 11: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität 37
Tabelle 12: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus, unerwünschter Ereignisse und Hospitalisierung 38
Tabelle 13: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen 42
Tabelle 14: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen getrennt nach Vergleich 43
Tabelle 15: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen 46
Tabelle 16: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen 48
Tabelle 17: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen 49
Tabelle 18: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen 50
Tabelle 19: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität 54

Tabelle 20: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau und unerwünschte Ereignisse ... 55
Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich ... 56
Tabelle 22: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität ... 62
Tabelle 23: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau und unerwünschte Ereignisse ... 63
Tabelle 24: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen ... 66
Tabelle 25: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen ... 67
Tabelle 26: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen ... 68
Tabelle 27: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ... 70
Tabelle 28: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen getrennt nach Vergleich ... 71
Tabelle 29: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ... 74
Tabelle 30: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen ... 78
Tabelle 31: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen getrennt nach Vergleich ... 80
Tabelle 32: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen ... 83
Tabelle 33: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss ... 96
Tabelle 34: In Studienregistern identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente ... 109
Tabelle 35: In Studienregistern identifizierte Studien unklarer Relevanz ... 109
Tabelle 36: In systematischen Übersichten identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente ... 110
Tabelle 37: In Dokumenten vom G-BA identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente ... 110
Tabelle 38: Im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht genannte relevante Studien bzw. Studien unklarer Relevanz ... 111
Tabelle 39: Übersicht über Autorenanfragen ... 111
Tabelle 40: Studienpool der Nutzenbewertung ... 113
Tabelle 41: Anzahl der eingeschlossenen Studien pro Störungsbereich sowie der Studien mit verwertbaren Daten pro Störungsbereich und Vergleich ... 115

Tabelle 42: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ... 117
Tabelle 43: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien ... 119
Tabelle 44: Charakterisierung der Studienpopulationen ... 120
Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 122
Tabelle 46: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten ... 129
Tabelle 47: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 130
Tabelle 48: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Angststörung ... 131
Tabelle 49: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung ... 132
Tabelle 50: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Angststörung ... 135
Tabelle 51: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung ... 137
Tabelle 52: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst ... 138
Tabelle 53: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst ... 139
Tabelle 54: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit ... 140
Tabelle 55: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit ... 142
Tabelle 56: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Angst ... 144
Tabelle 57: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Angst ... 145
Tabelle 58: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Zwang ... 146
Tabelle 59: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang ... 147
Tabelle 60: Charakterisierung der eingeschlossenen RCT im Störungsbereich Demenz ... 150
Tabelle 61: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in der Studie ... 151
Tabelle 62: Charakterisierung der Studienpopulation ... 151
Tabelle 63: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 152
Tabelle 64: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten ... 153
Tabelle 65: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 153
Tabelle 66: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkte Aggressivität (Häufigkeit), Aggressivität (Schweregrad), zielloses Herumirren (Häufigkeit) und zielloses Herumirren (Schweregrad) ... 154
Tabelle 67: Ergebnisse zu Endpunkten Aggressivität (Häufigkeit), Aggressivität (Schweregrad), zielloses Herumirren (Häufigkeit) und zielloses Herumirren (Schweregrad) ... 155
Tabelle 68: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen ... 158

Tabelle 69: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien 162
Tabelle 70: Charakterisierung der Studienpopulationen 165
Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich 168
Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität) 178
Tabelle 73: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Morbidität) 183
Tabelle 74: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung) 187
Tabelle 75: Verzerrungspotenzial auf Studienebene 190
Tabelle 76: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission depressive Störung 191
Tabelle 77: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission depressive Störung 192
Tabelle 78: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) 194
Tabelle 79: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) 195
Tabelle 80: Skalenwerte, die der Schätzung der ORs für Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) zugrunde lagen 197
Tabelle 81: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) 200
Tabelle 82: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) 201
Tabelle 83: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) 204
Tabelle 84: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) 205
Tabelle 85: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) 207
Tabelle 86: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) 208
Tabelle 87: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) 209
Tabelle 88: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) 210
Tabelle 89: Skalenwerte, die der Schätzung der ORs für Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) zugrunde lagen 211
Tabelle 90: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) 213
Tabelle 91: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) 214

Tabelle 92: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 217
Tabelle 93: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 218
Tabelle 94: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) ... 221
Tabelle 95: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) ... 222
Tabelle 96: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 223
Tabelle 97: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 224
Tabelle 98: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 228
Tabelle 99: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 229
Tabelle 100: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 231
Tabelle 101: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 232
Tabelle 102: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Erwerbsstatus ... 234
Tabelle 103: Ergebnisse zum Endpunkt Erwerbsstatus ... 235
Tabelle 104: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau ... 238
Tabelle 105: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau ... 239
Tabelle 106: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome ... 243
Tabelle 107: Ergebnisse zum Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome ... 244
Tabelle 108: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung ... 246
Tabelle 109: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung ... 247
Tabelle 110: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall / keine Symptomverbesserung ... 249
Tabelle 111: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall / keine Symptomverbesserung ... 250
Tabelle 112: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Depressivität ... 251
Tabelle 113: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Depressivität ... 252
Tabelle 114: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit ... 254
Tabelle 115: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit ... 255
Tabelle 116: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen ... 256
Tabelle 117: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen ... 257
Tabelle 118: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Fatigue ... 258

Tabelle 119: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Fatigue 259
Tabelle 120: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion 260
Tabelle 121: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion 261
Tabelle 122: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 262
Tabelle 123: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 263
Tabelle 124: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand 264
Tabelle 125: Ergebnisse zum Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand 265
Tabelle 126: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit 266
Tabelle 127: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit 267
Tabelle 128: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau 268
Tabelle 129: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau 269
Tabelle 130: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau 270
Tabelle 131: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau 271
Tabelle 132: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Suizid 272
Tabelle 133: Ergebnisse zum Endpunkt Suizid 273
Tabelle 134: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) 275
Tabelle 135: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) 276
Tabelle 136: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) 278
Tabelle 137: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) 279
Tabelle 138: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Depressivität 281
Tabelle 139: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Depressivität 282
Tabelle 140: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome 284
Tabelle 141: Ergebnisse zum Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome 285
Tabelle 142: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung 286
Tabelle 143: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung 287
Tabelle 144: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Essstörungen 290
Tabelle 145: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien 292

Tabelle 146: Charakterisierung der Studienpopulationen ... 293
Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 295
Tabelle 148: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten ... 301
Tabelle 149: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 302
Tabelle 150: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität ... 303
Tabelle 151: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität ... 304
Tabelle 152: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Essstörung ... 305
Tabelle 153: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung ... 306
Tabelle 154: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle ... 308
Tabelle 155: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle ... 309
Tabelle 156: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome ... 310
Tabelle 157: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome ... 311
Tabelle 158: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ... 312
Tabelle 159: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome 313
Tabelle 160: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung ... 315
Tabelle 161: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung ... 316
Tabelle 162: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität ... 318
Tabelle 163: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität ... 319
Tabelle 164: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Essstörung ... 320
Tabelle 165: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung ... 321
Tabelle 166: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung ... 322
Tabelle 167: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung ... 324
Tabelle 168: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich gemischte Störungen ... 327
Tabelle 169: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien ... 328
Tabelle 170: Charakterisierung der Studienpopulationen ... 329
Tabelle 171: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 330
Tabelle 172: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten ... 331
Tabelle 173: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 331
Tabelle 174: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 332

Tabelle 175: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ... 333
Tabelle 176: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ... 334
Tabelle 177: Ergebnisse zum Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ... 335
Tabelle 178: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ... 338
Tabelle 179: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien ... 341
Tabelle 180: Charakterisierung der Studienpopulationen ... 344
Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 347
Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität) ... 359
Tabelle 183: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse) ... 363
Tabelle 184: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 365
Tabelle 185: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall ... 366
Tabelle 186: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall ... 367
Tabelle 187: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 368
Tabelle 188: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 369
Tabelle 189: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Mortalität ... 371
Tabelle 190: Ergebnisse zum Endpunkt Überleben (Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, mit kurativer Zielsetzung operiert) ... 372
Tabelle 191: Ergebnisse zum Endpunkt Überleben (Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, primär (palliativ) chemotherapiert) ... 372
Tabelle 192: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Reinfarkt ... 373
Tabelle 193: Ergebnisse zum Endpunkt Reinfarkt ... 374
Tabelle 194: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall ... 375
Tabelle 195: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall ... 376
Tabelle 196: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Angst ... 377
Tabelle 197: Ergebnisse zum Endpunkt Angstsymptomatik ... 378
Tabelle 198: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität ... 379
Tabelle 199: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität ... 380
Tabelle 200: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt depressive Symptomatik ... 381
Tabelle 201: Ergebnisse zum Endpunkt depressive Symptomatik ... 382
Tabelle 202: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Fatiguesymptomatik ... 385
Tabelle 203: Ergebnisse zum Endpunkt Fatiguesymptomatik ... 386

Tabelle 204: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Krankheitssymptomatik ... 387
Tabelle 205: Ergebnisse zum Endpunkt Krankheitssymptomatik ... 388
Tabelle 206: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schmerzsymptomatik ... 389
Tabelle 207: Ergebnisse zum Endpunkt Schmerzsymptomatik ... 390
Tabelle 208: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 392
Tabelle 209: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik ... 393
Tabelle 210: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 395
Tabelle 211: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität ... 396
Tabelle 212: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit ... 397
Tabelle 213: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit 1 ... 398
Tabelle 214: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit 2 ... 398
Tabelle 215: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand ... 399
Tabelle 216: Ergebnisse zum Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand ... 400
Tabelle 217: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) ... 404
Tabelle 218: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) 405
Tabelle 219: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) ... 406
Tabelle 220: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) ... 407
Tabelle 221: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) ... 408
Tabelle 222: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) ... 409
Tabelle 223: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt psychischer Gesundheitszustand ... 410
Tabelle 224: Ergebnisse zum Endpunkt psychischer Gesundheitszustand ... 411
Tabelle 225: Charakterisierung der eingeschlossenen RCT im Störungsbereich Persönlichkeitsstörung ... 414
Tabelle 226: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in der Studie ... 415
Tabelle 227: Charakterisierung der Studienpopulationen ... 416
Tabelle 228: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich ... 417
Tabelle 229: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten ... 419
Tabelle 230: Verzerrungspotenzial auf Studienebene ... 419
Tabelle 231: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung ... 420

Tabelle 232: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung 421
Tabelle 233: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen 424
Tabelle 234: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien 426
Tabelle 235: Charakterisierung der Studienpopulationen 427
Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich 429
Tabelle 237: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten 436
Tabelle 238: Verzerrungspotenzial auf Studienebene 438
Tabelle 239: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 439
Tabelle 240: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 440
Tabelle 241: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 441
Tabelle 242: Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 442
Tabelle 243: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 444
Tabelle 244: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 445
Tabelle 245: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 446
Tabelle 246: Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik 447
Tabelle 247: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala) 448
Tabelle 248: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala) 449
Tabelle 249: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala) 450
Tabelle 250: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala) 451
Tabelle 251: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global) 452
Tabelle 252: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global) 453
Tabelle 253: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik 455
Tabelle 254: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik 456
Tabelle 255: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 458
Tabelle 256: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität 459

Tabelle 257: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt allgemeines Funktionsniveau 460
Tabelle 258: Ergebnisse zum Endpunkt allgemeines Funktionsniveau 461
Tabelle 259: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau 462
Tabelle 260: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau 463
Tabelle 261: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Substanzkonsumstörung 466
Tabelle 262: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien 469
Tabelle 263: Charakterisierung der Studienpopulationen 471
Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich 474
Tabelle 265: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten 482
Tabelle 266: Verzerrungspotenzial auf Studienebene 484
Tabelle 267: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) 485
Tabelle 268: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) 486
Tabelle 269: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität 488
Tabelle 270: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität 489
Tabelle 271: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung 491
Tabelle 272: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung 492
Tabelle 273: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz) 494
Tabelle 274: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz) 495
Tabelle 275: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz) 496
Tabelle 276: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz) 497
Tabelle 277: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad) 498
Tabelle 278: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad) 499
Tabelle 279: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) 500
Tabelle 280: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad) 501
Tabelle 281: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität 502
Tabelle 282: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität 503

Tabelle 283: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung 505
Tabelle 284: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung 506
Tabelle 285: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) 508
Tabelle 286: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) 509

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion 108
Abbildung 2: Metanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 7 Monaten 133
Abbildung 3: Metaanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 1 Jahr 133
Abbildung 4: Metaanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 3 Jahren 134
Abbildung 5: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Zwang, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 3 Monaten 148
Abbildung 6: Metaanalyse zur Vollremission depressive Störung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 193
Abbildung 7: Metaanalyse zur Vollremission depressive Störung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 193
Abbildung 8: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 6 bzw. 7 Monaten 198
Abbildung 9: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 2 Jahren 198
Abbildung 10: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 198
Abbildung 11: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 202
Abbildung 12: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 202
Abbildung 13: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 202
Abbildung 14: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 206
Abbildung 15: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahren 212
Abbildung 16: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 212
Abbildung 17: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 212
Abbildung 18: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr .. 215

Abbildung 19: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 215
Abbildung 20: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 215
Abbildung 21: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 216
Abbildung 22: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 219
Abbildung 23: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren.. 219
Abbildung 24: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren.. 219
Abbildung 25: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 220
Abbildung 26: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 226
Abbildung 27: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 2 Jahren 226
Abbildung 28: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 226
Abbildung 29: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 227
Abbildung 30: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 230
Abbildung 31: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 230
Abbildung 32: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 230
Abbildung 33: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 233
Abbildung 34: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 233
Abbildung 35: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 233
Abbildung 36: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 236
Abbildung 37: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 236
Abbildung 38: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 236

Abbildung 39: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 237
Abbildung 40: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 241
Abbildung 41: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 241
Abbildung 42: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 241
Abbildung 43: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren 242
Abbildung 44: Metaanalyse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychischen Symptomen, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 245
Abbildung 45: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 248
Abbildung 46: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren 248
Abbildung 47: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren 248
Abbildung 48: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management (Beratung) zu 3 Monaten 253
Abbildung 49: Metaanalyse zum Suizid, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten 274
Abbildung 50: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten 277
Abbildung 51: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten 277
Abbildung 52: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten 280
Abbildung 53: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten 280
Abbildung 54: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten 283
Abbildung 55: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten 283
Abbildung 56: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten 288
Abbildung 57: Metaanalyse zur Teilremission Essstörung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr, getrennt nach Richtlinientherapie 307
Abbildung 58: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr 317

Abbildung 59: Metaanalyse zur depressiven Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 3 Monaten 384
Abbildung 60: Metaanalyse zur depressiven Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 Monaten 384
Abbildung 61: Metaanalyse zur Schmerzsymptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 12 Monaten 391
Abbildung 62: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 12 Monaten 394
Abbildung 63: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten 402
Abbildung 64: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung (PT) zu 6 Monaten 402
Abbildung 65: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 14,5 Monaten 402
Abbildung 66: Metaanalyse zur Schizophreniesymptomatik (global), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 2,5 Jahren. 454
Abbildung 67: Metaanalyse zur generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 bzw. 6 Monaten 457
Abbildung 68: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 1 Jahr 490
Abbildung 69: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 5 Jahren 490
Abbildung 70: Metaanalyse zur Teilremission Opioidkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus. Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 6 Monaten 493
Abbildung 71: Metaanalyse zur Teilremission Opioidkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 1 Jahr 493
Abbildung 72: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Jahren 504
Abbildung 73: Metaanalyse zur Teilremission Substanzkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 4 bis 6 Monaten 507

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADL	Activities of daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
BDI	Beck Depression Inventory (Beck-Depressions-Inventar)
BMI	Body-Mass-Index
BSI	Brief Symptom Inventory
BSI-GSI	Brief Symptom Inventory Global Severity Index
CID	Paykel's Clinical Interview for Depression
CIS	Checklist Individual Strength
CNKI	China National Knowledge Infrastructure
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (gemeinsame Standards für die Beschreibung von Studien)
DAS-CRP4	Disease Activity Score 28-C-reactive Protein 4
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
DSM-III	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage
DSM-III-R	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage, Revision
DSM-IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage
DSM-IV-TR	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, Textrevision
DSM-5	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30
GAF	Global Assessment of Functioning
GAS	Global Assessment Scale
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HIV	humanes Immundefizienzvirus
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe

Abkürzung	Bedeutung
ICH	International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use
IP	Indexpatient
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention to treat
MID	Minimal important Difference
LSS	Life Situation Survey
OR	Odds Ratio
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RDC	Research Diagnostic Criteria
SAS-SR	Social Adjustment Scale (Self-Report)
SCL-90	Symptom-Checklist-90
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SCL-90-ANX	Symptom-Checklist-90 Skala Ängstlichkeit
SCL-90-DEP	Symptom-Checklist-90 Skala Depressivität
SCL-90-GSI	Symptom-Checklist-90 Global Severity Index
SCL-90-I-S	Symptom-Checklist-90 Skala interpersonelle Sensitivität
SCL-90-PHOB	Symptom-Checklist-90 Skala phobische Angst
SF-12	Short Form 12
SF-36	Short Form 36
SNQ	Standardized Nordic Questionnaire
STAI	State Trait Anxiety Inventory (State-Trait-Angstinventar)
VAS	visuelle Analogskala
WAI	Work Ability Index

1 Hintergrund

Die systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren (gemäß der Definition von Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie [PT-RL] des Gemeinsamen Bundesausschusses [G-BA] [1]) zur Behandlung von psychischen Störungen [2]. Psychische Störungen werden im diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (5. Auflage; DSM-5)

> *„als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs- / ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten“* [3].

Psychische Störungen sind hierbei nicht als unveränderliche Konstrukte zu verstehen, sondern sie stellen in Bezug auf Symptome, Syndrome und ätiologische Gesichtspunkte einen Konsens auf Basis des aktuellen Stands der klinischen Forschung dar [4].

Psychotherapie hat für die Versorgung psychischer Störungen eine zentrale Bedeutung. Psychotherapeutische Verfahren, die in Deutschland als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ambulant erbracht werden können (sogenannte Richtlinienverfahren), sind die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie [1].

Die systemische Therapie wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie 2008 für den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen als Verfahren wissenschaftlich anerkannt [5]. Gemäß der PT-RL [1] setzt die Anerkennung eines neuen Verfahrens als Richtlinienverfahren neben der wissenschaftlichen Anerkennung einen Nutzennachweis entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA voraus [6]. Vor diesem Hintergrund wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, eine Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur systemischen Therapie bei Erwachsenen durchzuführen.

Eine mögliche Definition von systemischer Therapie bestimmt sie „als Intervention in komplexe menschliche Systeme (sowohl psychische wie interpersonale Systeme) mit dem Ziel, Leiden zu lindern bzw. zu beseitigen“ [7] (andere Definitionen finden sich zum Beispiel bei von Sydow et al. [8] oder bei von Schlippe et al. [9]). Die systemische Therapie ist theoretisch in verschiedene Ansätze eingebettet wie den Konstruktivismus oder die Systemtheorie (siehe hierzu vertiefend [10]). Diese Ansätze finden sich in theoretischen Grundannahmen und Kernmerkmalen der systemischen Therapie wieder, die unter anderem folgende Bereiche betreffen (zu allen Bereichen können über die unten genannten Beispiele hinaus der einschlägigen Literatur weitere Beispiele entnommen werden [7,9-13]):

- Ätiologische Konzepte beziehungsweise Störungsmodelle: Beispielsweise wird Umgebungsfaktoren, biologischen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten bei der Entstehung psychischer Störungen ebenso eine Bedeutung beigemessen wie Wirklichkeitskonstruktionen [7].
- Annahmen über das Wirkprinzip und Ziel von Interventionen: Beispielsweise sollen Veränderungen durch die Auflösung problematischer Kommunikationsmuster erreicht werden [8].
- Konkrete Behandlungsmethoden: Ein Beispiel sind symbolisch-metaphorische Methoden, welche relevante Systeme, Systemmitglieder und deren Beziehungen untereinander symbolisch-visuell darstellen (beispielsweise Genogramme [14]).
- Konzepte zur Indikationsstellung: Beispielsweise hängt die Indikation zur systemischen Therapie nicht nur von der Art und Schwere der Störung ab, sondern auch von störungsübergreifenden Aspekten, die neben individuellen unter anderem auch soziale Faktoren umfassen [8].
- Allgemeine Aspekte des Therapeutenverhaltens, der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung sowie der Behandlungsplanung: Beispielsweise wird einer von Allparteilichkeit und Neutralität geprägten therapeutischen Grundhaltung ein hoher Stellenwert beigemessen [9].

Systemische Therapie lässt sich in einer Vielzahl therapeutischer Settings im ambulanten und stationären Bereich realisieren [9]. Hierzu zählen unter anderem das Familiensetting, das Einzelsetting und das Gruppensetting. Solche Settings finden auch bei anderen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden Verwendung, wie bei der kognitiv-behavioralen Psychotherapie [2], sodass ein Familien- oder Gruppensetting für sich kein definierendes Merkmal der systemischen Therapie darstellt.

2 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist

- die Nutzenbewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren

jeweils bei Erwachsenen mit einer psychischen Störung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte. Hinsichtlich der Vergleichsintervention bestehen keine Einschränkungen mit Ausnahme von Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zugeordnet werden können, sowie mit Ausnahme von medikamentösen Behandlungen mit für die jeweilige Indikation in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln.

3 Methoden

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bildeten erwachsene Personen mit einer psychischen Störung. Hinsichtlich der Auswahl psychischer Störungen bestanden keine Einschränkungen, die Nutzenbewertung der systemischen Therapie erfolgte jedoch störungsspezifisch gemäß den Anwendungsbereichen der PT-RL [1].

Prüfintervention war eine psychotherapeutische Intervention, die dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen ist.

Für die Untersuchung wurden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Mortalität (inkl. Suizid),
- Morbidität: Symptome der jeweiligen psychischen Störung,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit,
- unerwünschte Ereignisse,
- Hospitalisierung.

Es wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) in die Nutzenbewertung eingeschlossen. Hinsichtlich der Studiendauer bestand keine Einschränkung.

Eine systematische Literaturrecherche nach Primärliteratur wurde in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO und Cochrane Central Register of Controlled Trials durchgeführt. Parallel erfolgte eine Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects und Health Technology Assessment Database. Zusätzlich wurde bei den als relevant bewerteten Publikationen die „Similar articles“-Funktion in PubMed (berücksichtigt wurden die ersten 20 Treffer) sowie die „Times cited“-Funktion in Web of Science angewendet.

Darüber hinaus wurden systematische Übersichten und öffentlich zugängliche Studienregister durchsucht sowie durch den G-BA übermittelte Dokumente und die aus den Anhörungsverfahren zur Verfügung gestellten Dokumente gesichtet. Zudem wurden die Autoren von Publikationen relevanter Studien zur Klärung wesentlicher Fragen angeschrieben.

Die Selektion relevanter Studien erfolgte von 2 Reviewern unabhängig voneinander. Die Datenextraktion erfolgte in standardisierte Tabellen. Zur Einschätzung der qualitativen Ergebnissicherheit wurde das Verzerrungspotenzial auf Studien- und Endpunktebene bewertet und jeweils in niedrig oder hoch eingestuft. Die Ergebnisse der einzelnen Studien wurden nach Endpunkten geordnet beschrieben.

Sofern die Studien hinsichtlich der Fragestellung und relevanter Charakteristika vergleichbar waren und keine bedeutsame Heterogenität beobachtet wurde, wurden die Einzelergebnisse der Studien bzw. einzelner Studienarme mithilfe von Metaanalysen quantitativ zusammengefasst.

Für jeden Endpunkt wurde eine Aussage zur Beleglage des (Zusatz-)Nutzens und (höheren) Schadens in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser 3 Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der 3 übrigen Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden vor“ getroffen.

Bei Vorliegen mehrerer Auswertungszeitpunkte in einer Studie wurde eine überschaubare Anzahl von Zeitpunkten (maximal 4) ausgewählt mit dem Ziel, möglichst den gesamten Nachbeobachtungszeitraum, für den Ergebnisse zur Verfügung standen, abzubilden. Eine Beschränkung auf einzelne spezifische Zeitpunkte oder -korridore fand indes nicht statt, der Nutzen der systemischen Therapie konnte aus Kurzzeit- wie auch aus Langzeitdaten festgestellt werden.

Sofern es mehrere Operationalisierungen zu einem Endpunkt gab, wurde eine Auswahl auf Basis methodischer und inhaltlicher Erwägungen getroffen. Die Auswahl orientierte sich daran, die validesten oder inhaltlich aussagekräftigsten Operationalisierungen zu verwenden, Ergebnisse für den gesamten Erhebungszeitraum zu berücksichtigen, eine metaanalytische Zusammenfassung zu ermöglichen sowie Operationalisierungen, die verschiedene Aspekte eines Konstrukts erfassen, beizubehalten. In gleichem Maße sollten Operationalisierungen, die dasselbe Konstrukt bzw. denselben Aspekt eines Konstrukts erfassen, nicht berücksichtigt werden.

Die als relevant erachteten und verwendeten Morbiditätsendpunkte wurden wie folgt definiert:

- Vollremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung ist kein Kriteriensymptom bzw. diagnostisches Kriterium einer psychischen Störung erfüllt.
- Teilremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung sind nicht mehr alle Kriteriensymptome bzw. diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllt.
- Symptomverbesserung: Verbesserung der Ausprägung auf einer Symptomskala, ermittelt über
  - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um mindestens 50 % gegenüber dem Ausgangswert oder
  - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala im Sinne eines Unter- oder Überschreitens eines absoluten Skalenwertes (Cut-off) oder
  - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um eine Minimal important Difference (MID).
- Symptomatik: Ausprägung auf einer Symptomskala

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die systematische Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken ergab nach Ausschluss von Duplikaten eine Gesamtzahl von 9289 zu screenenden Treffern. 6156 Treffer wurden von den beiden Reviewern nach Konsentierung zunächst diskrepanter Einschätzungen übereinstimmend im Rahmen des Titel- und Abstractscreenings als nicht relevant ausgeschlossen. Aus der bibliografischen Literaturrecherche verblieben 3133 potenziell relevante Treffer, die im Volltext gesichtet wurden. Hiervon wurden 2837 aufgrund fehlender Relevanz ausgeschlossen. Bei 231 Treffern handelte es sich um relevante systematische Übersichtsarbeiten, die in Hinblick auf relevante Studien gescreent wurden. Die verbliebenen 65 Publikationen zu 28 Studien erfüllten nach übereinstimmender Einschätzung beider Reviewer die für diesen Bericht definierten Kriterien zum Studieneinschluss. Die letzte Suche fand am 17.08.2016 statt.

Durch die Suche in Studienregistern und weiteren Suchquellen wurden 28 zusätzliche relevante Dokumente, davon 14 zusätzliche Studien, identifiziert.

Es wurden 4 Studien identifiziert, deren Relevanz nicht abschließend geklärt werden konnte.

Insgesamt wurden somit 42 randomisierte kontrollierte Studien (93 Dokumente) als relevant für die Fragestellung der vorliegenden Nutzenbewertung eingeschlossen, davon 33 Studien mit verwertbaren Daten. In die Nutzenbewertung gingen damit 33 Studien zu 9 Störungsbereichen ein, eine dieser Studien lieferte dabei Daten zu 2 und eine zu 3 Störungsbereichen.

4.2 Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse für alle Störungsbereiche und Vergleichsinterventionen. Daran anschließend erfolgt in den Abschnitten 4.3 bis 4.11 eine spezifische Darstellung der Ergebnisse, jeweils getrennt nach Störungsbereichen. Diese Abschnitte beinhalten jeweils eine Beschreibung des Studienpools, einen Überblick über vorhandene patientenrelevante Endpunkte, eine Bewertung des Verzerrungspotenzials, eine Ergebnisdarstellung sowie die sich daraus ergebende Nutzenaussage für jeden Endpunkt.

Tabelle 1: Übersicht über die zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse für alle Störungsbereiche und Vergleichsinterventionen über alle Endpunkte hinweg

Störungsbereich	**Anzahl Studien mit verwertbaren Daten**	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Angststörungen und Zwangsstörungen	4	Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen	Anhaltspunkt für einen Nutzen	Hinweis auf einen Nutzen
Demenz	1	–	–	↔
depressive Störungen	6	Anhaltspunkt für einen Nutzen	Anhaltspunkt für einen Nutzen	Anhaltspunkt für einen Nutzen
Essstörungen	3	Anhaltspunkt für einen Nutzen bei Patientinnen	Anhaltspunkt für einen Nutzen bei Patientinnen	–
gemischte Störungen	1	Anhaltspunkt für einen Nutzen bei Patientinnen	–	–
körperliche Erkrankungen	9	Anhaltspunkt für einen Nutzen	–	Anhaltspunkt für einen Nutzen
Persönlichkeitsstörungen	1	↔	–	–
Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	5	–	↔	Hinweis auf einen Nutzen
Substanzkonsumstörungen	6	↔	Anhaltspunkt für einen Nutzen	↔

↔: Es wurde kein Anhaltspunkt für einen Nutzen, einen Schaden oder einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie festgestellt.
–: Es wurden keine verwertbaren Daten berichtet.

4.3 Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

4.3.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen gingen insgesamt 4 Studien zu 3 Vergleichen ein: 1 Studie lieferte Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie (Knekt 2004), 1 Studie zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie (Rakowska 2011) und 2 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung (Li 2010, Yang 2005).

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Im Rahmen der Studie Knekt 2004 wurden insgesamt 326 Patienten randomisiert, davon werden für den vorliegenden Störungsbereich 158 Patienten mit einer Angststörung berücksichtigt. Die Studie verglich eine systemische Therapie mit 2 anderen psychotherapeutischen Verfahren, die einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren zugeordnet werden (Richtlinientherapien [1]). Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer lösungsfokussierten Therapie (nach de Shazer [15]). Während in einem Kontrollstudienarm eine psychodynamische Kurzzeittherapie durchgeführt wurde, die sich an Malan [16] und Sifneos [17,18] orientierte, wurde im anderen Kontrollstudienarm eine psychodynamische Langzeittherapie durchgeführt, die sich an Gabbard [19] orientierte.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie

Die Studie Rakowska 2011 schloss 120 Patienten mit sozialer Phobie ein (davon 60 mit zusätzlicher Persönlichkeitsstörung) und randomisierte diese auf 2 Studienarme: Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer strategischen Kurzzeittherapie nach Fisch [20] und Watzlawick [21]. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand aus einer minimal unterstützenden Therapie.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

In den Studien Li 2010 und Yang 2005 erhielten die Patienten in den jeweiligen systemischen Studienarmen und Kontrollstudienarmen eine Pharmakotherapie. Daher werden diese Studien als Vergleiche der systemischen Therapie gegen den Komparator keine Zusatzbehandlung betrachtet.

Die Studie Li 2010 schloss 32 Patienten mit Zwangsstörung ein und randomisierte diese auf den systemischen Studienarm bestehend aus einer systemischen Familientherapie oder auf den Kontrollarm ohne Zusatzbehandlung. Die Studie Yang 2005 randomisierte 60 Patienten mit Zwangsstörung auf 2 Studienarme: Die Behandlung im systemischen Studienarm umfasste eine lösungsfokussierte Therapie nach de Shazer [22], im Kontrollstudienarm bekamen die Patienten keine Zusatzbehandlung.

4.3.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 4 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 2 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 2: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
			Angst-symptomatik						
	Mortalität	**Vollremission Angststörung**	**Symptomverbesserung Angst**	**Symptomatik Angst**	**Symptomverbesserung Zwang**	**Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie									
Knekt 2004	–	●	–	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie									
Rakowska 2011	–	●	●	–	–	●	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung									
Li 2010	–	–	–	●	●	–	–	–	–
Yang 2005	–	–	–	–	●	–	–	–	–

a: Endpunkt wird in der Nutzenbewertung als Begleitsymptom einer sozialen Phobie verstanden.
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert

4.3.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wurde für 1 Studie als niedrig (Knekt 2004), für 3 Studien als hoch eingestuft (Yang 2005, Li 2010, Rakowska 2011). Für alle Studien wird die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. Bei den 3 Studien mit einem als hoch eingeschätzten Verzerrungspotenzial ist zudem die Verdeckung der Gruppenzuteilung wie auch die Angemessenheit der Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar.

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu den Endpunkten der Studie Knekt 2004 wird aufgrund der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung als hoch bewertet. Das

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu den Endpunkten der Studien Yang 2005, Li 2010 und Rakowska 2011 wird als hoch bewertet, da sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene für diese Studien auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene überträgt.

4.3.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der 4 eingeschlossenen Studien für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen getrennt nach Vergleich

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungszeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität			
	keine Daten		
Morbidität			
Vollremission Angststörung			
7 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)[a]	keine Daten	keine Daten
8 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie: OR = 0,21, 95 %-KI = [0,05; 0,88], p = 0,005 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungszeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Angstsymptomatik			
Symptomverbesserung Angst			
2 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 2,63, 95 %-KI = [1,07; 6,42], p = 0,035 (Einzelstudie)	keine Daten
5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Angst			
1 Monat	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
2 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
3 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = −1,64, 95 %-KI = [−2,49; −0,78], p < 0,001 (Einzelstudie)
Symptomverbesserung Zwang			
2 bzw. 3 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 3,48, 95 %-KI = [1,34; 9,03], p = 0,010 (Metaanalyse)
Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[c]			
2 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
	keine Daten		
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit			
	keine Daten		
Unerwünschte Ereignisse			
	keine Daten		

(Fortsetzung)

Tabelle 3: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

a: Aufgrund heterogener Datenlage keine Berechnung eines gemeinsamen Schätzers. Sowohl zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer Kurzzeittherapie als auch zwischen systemischer Therapie und psychodynamischer Langzeittherapie kein statistisch signifikanter Unterschied.
b: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.
c: Endpunkt wird in der Nutzenbewertung als Begleitsymptom einer sozialen Phobie verstanden.
KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

4.3.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Vollremission Angststörung** wird ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 3 Jahre.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte kann keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zur Richtlinientherapie getroffen werden, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.3.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Angst** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Dieser beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 Monate. Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomatik Angst** kann keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie getroffen werden, da für diesen Endpunkt keine Daten vorliegen. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Angstsymptomatik** zusammenfassend ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie feststellen.

Hinsichtlich der Endpunkte **Vollremission Angststörung** und **Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit** ergibt sich zu keinem Auswertungszeitpunkt ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie.

Hinsichtlich der weiteren Endpunkte kann keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie getroffen werden, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.3.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Zwang** ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate.

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomatik Angst** ergibt sich zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Angst** kann keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie getroffen werden, da für diesen Endpunkt keine Daten vorliegen. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Angstsymptomatik** zusammenfassend ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte kann keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen werden, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.3.5 Studien unklarer Relevanz

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Vorbericht wurde für den Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen 1 Studie genannt, für die derzeit eine Designpublikation [23], aber noch keine Ergebnisse verfügbar sind. Die deutsche RCT mit dem Titel „Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders“ hat zum Ziel, die Effekte einer systemischen Therapie im Vergleich zu einer Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer sozialen Phobie zu bewerten. Die untersuchte systemische Therapie beinhaltet strategische, lösungsfokussierte und konstruktivistische Elemente. Erhoben werden sollen unter anderem die Angst- und Depressionssymptomatik sowie das allgemeine und soziale Funktionsniveau. Insgesamt sollen 32 Patientinnen rekrutiert und über 1 Jahr nachbeobachtet werden. Für diese Studie wurde eine Autorenanfrage bezüglich einer Ergebnispublikation gestellt. Eine Ergebnispublikation ist den Studienautoren zufolge in Vorbereitung, jedoch konnten keine Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden.

4.3.6 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 4 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien.

Tabelle 4: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs Angststörungen und Zwangsstörungen

	Morbidität						
Mortalität	**Vollremission Angststörung**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Zwang**	**Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie							
–	⇘[b]/⇔[c]	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie							
–	⇔	⇗[d]	–	⇔	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung							
–	–	⇗[e]	⇑[f]	–	–	–	–

a: Endpunkt wird in der Nutzenbewertung als Begleitsymptom einer sozialen Phobie verstanden.
b: Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie. Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 3 Jahre.
c: Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie
d: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 2 Monate.
e: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 3 Monate.
f: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate.
⇑: Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
⇘: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie
–: keine verwertbaren Daten berichtet

4.3.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass der Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang auf 2 Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse Sockeltherapie mit Paroxetin erhielten. Diese Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollinterventionen der Studie Knekt 2004 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren

(Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß der PT-RL entspricht.

Der Patientenpool der Studie Rakowska 2011 umfasste Sozialphobiker mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung. In Subgruppenanalysen zeigte sich keine statistisch signifikante Heterogenität der Ergebnisse zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung.

Zuletzt ist zu berücksichtigen, dass die Studienergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit keine Kriteriensymptome einer sozialen Phobie sind, sondern solche Symptome beschreiben, welche gemäß DSM-5 als zugehörige Merkmale zur Diagnosesicherung verstanden werden.

4.3.8 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich des Endpunkts Vollremission Angststörung ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie nur verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie basierend auf den Daten zum Auswertungszeitpunkt 3 Jahre. Für die anderen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen.

Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- und Pharmakotherapie

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Angstsymptomatik ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung basierend auf den Daten zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst zum Auswertungszeitpunkt 2 Monate. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung getroffen.

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Angstsymptomatik ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung basierend auf den Daten zum Endpunkt Symptomatik Angst zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie basierend auf den Daten des Auswertungszeitpunkts 2 bzw. 3 Monate. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen.

In der Gesamtschau lässt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung bzw. ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung sowie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie feststellen. In keinem der hier betrachteten Vergleiche lagen dabei Daten für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie unerwünschte Ereignisse vor.

4.4 Störungsbereich Demenz

4.4.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Demenz ging insgesamt 1 Studie ein zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung.

Die Studie Ingersoll-Dayton 1999 schloss erwachsene Patienten mit einer Diagnose einer irreversiblen Demenz inklusive fortgeschrittener kognitiver Beeinträchtigung ein, welche mindestens eins der eine Demenz begleitenden Verhaltenssymptome physische Aggressivität, verbale Aggressivität oder zielloses Herumirren zeigten. In einem Cross-over-Design wurden 21 Patienten auf die Behandlungsreihenfolge randomisiert und jeweils 7 Wochen behandelt. Die Patienten waren über 60 Jahre alt und Bewohner von Altenpflegeheimen. Die Behandlung der Interventionsgruppe orientierte sich an der lösungsfokussierten Therapie [24] und beinhaltete u. a. die Befragung der Angehörigen und Betreuer nach Ausnahmen der mit Demenz einhergehenden Symptome. Die Kontrollbehandlung bestand in keiner zusätzlichen Behandlung.

4.4.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus der Studie Ingersoll-Dayton 1999 konnten Daten zu den folgenden patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Demenz

Studie	**Endpunkte**							
		Morbidität						
		Demenzsymptomatik						
	Mortalität	**Aggressivität (Häufigkeit)[a]**	**Aggressivität (Schweregrad)[a]**	**Zielloses Herumirren (Häufigkeit)[a]**	**Zielloses Herumirren (Schweregrad)[a]**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung								
Ingersoll-Dayton 1999	–	●	●	●	●	–	–	–

a: Bei diesem Endpunkt handelt es sich um ein Begleitsymptom der Demenz.
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert

4.4.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird als hoch eingestuft, da die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar blieb. Zudem wird für alle Studien die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet.

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu den Endpunkten wird als hoch bewertet, da sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene für diese Studie auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene überträgt. Zudem wird die Verblindung der Endpunkterheber aufgrund unzureichender Angaben in den Studienpublikationen als unklar bewertet. Darüber hinaus ist die Beschreibung und Angemessenheit der statistischen Analysen unklar.

4.4.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie Ingersoll-Dayton 1999 für alle patientenrelevanten Endpunkte gibt Tabelle 6.

Tabelle 6: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Demenz

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungszeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität	
	keine Daten
Morbidität	
Demenzsymptomatik	
Aggressivität (Häufigkeit)	
7 Wochen	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen
Aggressivität (Schweregrad)	
7 Wochen	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen
Zielloses Herumirren (Häufigkeit)	
7 Wochen	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen
Zielloses Herumirren (Schweregrad)	
7 Wochen	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
	keine Daten
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	
	keine Daten
Unerwünschte Ereignisse	
	keine Daten

4.4.4.1 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Für die untersuchten Endpunkte zur Demenzsymptomatik zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher hinsichtlich der Endpunktkategorie **Demenzsymptomatik** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Für die anderen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.4.5 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 7 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien.

Tabelle 7: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorie des Störungsbereichs Demenz

	Morbidität			
Mortalität	**Demenzsymptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung				
–	⇔	–	–	–
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg –: keine verwertbaren Daten berichtet				

4.4.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die Studienergebnisse nicht auf Kriteriensymptome der Demenz (wie Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit) beziehen, sondern auf solche begleitenden Verhaltenssymptome, welche gemäß DSM-5 nur als Zusatzkodierung der Demenz verstanden werden.

4.4.7 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Demenzsymptomatik ergibt sich zum Auswertungszeitpunkt 7 Wochen kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen. Keine Daten lagen für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie unerwünschte Ereignisse vor.

In der Gesamtschau lässt sich daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Demenz im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

4.5 Störungsbereich depressive Störungen

4.5.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich depressive Störungen wurden insgesamt 7 Studien (davon 6 Studien mit verwertbaren Ergebnissen) zu 3 Vergleichen eingeschlossen: 2 Studien lieferten Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie) (Knekt 2004, Seikkula 2013), 2 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management (Fabbri 2007, Rodriguez Vega 2011) und 2 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung (Lemmens 2009, Wang 2011). Eine weitere Studie, Miller 2005, berichtete keine Ergebnisse für den im Rahmen dieser Nutzenbewertung interessierenden Vergleich und wurde daher nicht berücksichtigt.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)

Die Studie Knekt 2004 schloss Patienten mit Angst- und affektiven Störungen nach DSM-IV ein. Die spezifischste diagnostische Kategorie im Rahmen der hierarchischen Klassifikationssystematik des DSM für Angst- und affektive Störungen, die bei mindestens 80 % der Gesamtstudienpopulation vorhanden war, sind depressive Störungen (spezifischere Diagnosen aus dem Bereich der depressiven Störungen waren nur bei weniger als 80 % der Gesamtstudienpopulation vorhanden).

Es wurden insgesamt 326 Patienten auf 3 Studienarme randomisiert. Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer lösungsfokussierten Therapie, die sich an de Shazer [15,22] orientierte. In beiden Kontrollstudienarmen bestand die Behandlung in einer psychotherapeutischen Behandlung, die einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren zugeordnet wird (Richtlinientherapie) [1]. Während in einem Studienarm eine psychodynamische Kurzzeittherapie durchgeführt wurde, die sich an Malan [16] und Sifneos [17,18] orientierte, wurde im anderen Studienarm eine psychodynamische Langzeittherapie durchgeführt, die sich an Gabbard [19] orientierte.

Die Studie Seikkula 2013 schloss Patienten mit einer einzelnen Episode einer Major Depression oder einer rezidivierenden Major Depression nach DSM-IV ein. Es wurden 66 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Paartherapie durchgeführt, die sich an verschiedenen Ansätzen der systemischen Therapie orientierte (systemische Paartherapie bei Depression [25,26], narrative Therapie [27], Reflecting Team [28], kollaborative [29] und dialogische Ansätze [30-32]). Im Kontrollstudienarm wurde eine nicht näher bestimmte Psychotherapie durchgeführt (daher war keine Einordnung als Richtlinientherapie / Nichtrichtlinientherapie möglich). In beiden Studienarmen war eine Begleitbehandlung zugelassen, deren Ausgestaltung sich am individuellen Bedarf der Patienten orientierte und stationäre Aufenthalte, psychiatrische Konsultationen und Pharmakotherapie umfassen konnte. Bedarfsabhängig konnte zudem im

systemischen Studienarm eine Einzeltherapie, im Kontrollstudienarm Informationsvermittlung im Rahmen von Paar- oder Familiensitzungen durchgeführt werden.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management

Die Studie Fabbri 2007 schloss Patienten mit einer rezidivierenden Major Depression nach Research Diagnostic Criteria RDC ein. Es wurden insgesamt 20 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Familientherapie durchgeführt, die sich am Ansatz der „Problem Centered Systems Therapy of the Family“ (auch kurz: McMaster-Modell) orientierte. Im Kontrollstudienarm wurden eine regelmäßige Bewertung des klinischen Zustands des Patienten sowie eine bedarfsabhängige Beratung durchgeführt. Begleitbehandlung war in beiden Gruppen eine antidepressive Medikation. Während jedoch im systemischen Studienarm die Anfangsdosis im Studienverlauf beibehalten wurde, fand im Kontrollstudienarm eine Dosiserhöhung statt (im Falle von trizyklischen Antidepressiva auf das 1,5-Fache, bei den sonstigen Antidepressiva auf das 2-Fache der initialen Dosis).

Die Studie Rodriguez Vega 2011 schloss onkologische Patienten mit einer einzelnen Episode einer Major Depression oder einer rezidivierenden Major Depression nach DSM-IV ein. (Eingeschlossen wurden darüber hinaus auch Patienten mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung bzw. mit Angst und depressiver Stimmung gemischt, allerdings kann auf der Grundlage von Angaben in der Studienpublikation zu den tatsächlich eingeschlossenen Patienten darauf geschlossen werden, dass es sich ausschließlich um Patienten mit einer Major Depression handelte.) Es wurden insgesamt 72 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Therapie durchgeführt, die sich am Ansatz der narrativen Therapie [33] orientierte. Die Behandlung im Kontrollstudienarm umfasste die Leistung praktischer Unterstützung und eine Diskussion der Wirkungen und Nebenwirkungen der Begleitmedikation. Begleitbehandlung war in beiden Studienarmen eine Pharmakotherapie mit Escitalopram.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Die Studie Lemmens 2009 schloss Patienten mit einer Major Depression nach DSM-IV ein. Es wurden insgesamt 83 Patienten auf 2 systemische Studienarme und einen Kontrollstudienarm randomisiert. Die Behandlung in beiden systemischen Studienarmen orientierte sich konzeptuell an der systemischen Paartherapie bei Depression nach Jones und Asen [25]. In einem der systemischen Studienarme war die systemische Therapie als Paartherapie, im anderen als Gruppentherapie ausgestaltet. Beide Gruppen erhielten als Begleitbehandlung eine Form der Routineversorgung, die u. a. Informationstreffen und die Durchführung von Techniken unterschiedlicher therapeutischer Ansätze umfasste (nonverbale Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie, systemische Therapie, Aktivierung, medikamentöse Behandlung). Im Kontrollstudienarm wurde ausschließlich diese Form der Routineversorgung durchgeführt.

Die Studie Wang 2011 schloss Patienten mit einer depressiven Störung ein. Es wurden insgesamt 76 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Familientherapie durchgeführt und begleitend Sertralin verabreicht. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand ausschließlich aus der Gabe von Sertralin.

4.5.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 6 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 8 und Tabelle 9 zeigen eine Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 8: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität

Studie	**Endpunkte**																	
		Morbidität																
				Depressivität										**Angst-symptomatik**		**Generelle psychiatrische Symptomatik**		
	Mortalität																	
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**	**Symptomatik Appetitlosigkeit**	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)																		
Knekt 2004	–	●	–	–	●	●	●	–	–	–	–	–	–	●	●	●	–	●
Seikkula 2013	–	–	–	–	●	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–	●	●
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management																		
Fabbri 2007	–	–	●	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rodriguez Vega 2011	–	–	–	–	–	–	–	–	●	●	●	●	●	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung																		
Lemmens 2009	●	–	–	●	●	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Wang 2011	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert
BDI: Beck Depression Inventory; SCL-90: Symptom-Checklist-90

Tabelle 9: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung

Studie	**Endpunkte**								
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit							
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Allgemeiner Gesundheitszustand**	**Arbeitsfähigkeit**	**Erwerbsstatus**	**Körperliches Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)									
Knekt 2004	●	–	●	●	–	●	●	–	●
Seikkula 2013	–	–	–	–	–	–	●	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management									
Fabbri 2007	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rodriguez Vega 2011	●	●	●	–	●	●	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung									
Lemmens 2009	–	–	–	–	–	–	–	–	●
Wang 2011	–	–	–	–	–	–	●	–	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert									

4.5.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird für 4 Studien (Fabbri 2007, Lemmens 2009, Seikkula 2013, Wang 2011) als hoch eingestuft. In 3 dieser Studien (Fabbri 2007, Seikkula 2013, Wang 2011) blieb die Angemessenheit der Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar. Für alle 4 Studien wird zudem die Verdeckung der Gruppenzuteilung als unklar sowie die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. In allen dieser 4 Studien überträgt sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene.

Für 2 Studien (Knekt 2004, Rodriguez Vega 2011) wird das Verzerrungspotenzial auf Studienebene als niedrig eingestuft. Mit Ausnahme eines Endpunkts (Hospitalisierung) wurde für alle Endpunkte in diesen Studien das Verzerrungspotenzial aufgrund der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung als hoch bewertet.

4.5.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der 6 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Daten für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 10.

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität			
Suizid			
15 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Morbidität			
Vollremission depressive Störung			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Rückfall / keine Symptomverbesserung			
15 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 0,07, 95 %-KI = [0,01; 0,84], p = 0,023 (Einzelstudie)	keine Daten
Depressivität			
Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)			
3 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
15 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 5,87, 95 %-KI = [1,24; 27,79], p = 0,026 (Einzelstudie)
Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)			
3 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
6 bzw. 7 Monate	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 1,97, 95 %-KI = [1,22; 3,15], p = 0,005 (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
15 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
2 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)			
10 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 2,37, 95 %-KI = [1,16; 4,85], p = 0,015 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)			
6 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
2 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Symptomatik Depressivität			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
15 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[a]
Symptomatik Appetitlosigkeit			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	Kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Schlafstörungen			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Fatigue			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik kognitive Funktion			
3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 0,99, 95 %-KI = [0,50; 1,49], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,18, 95 %-KI = [0,68; 1,68], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Angstsymptomatik			
Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie: OR = 0,62, 95 %-KI = [0,41; 0,92], p = 0,019 (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie: statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie: OR = 0,41, 95 %-KI = [0,21; 0,82], p = 0,008 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
10 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie: statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 2,27, 95 %-KI = [1,13; 4,55], p = 0,019 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)[b]	keine Daten	keine Daten
Generelle psychiatrische Symptomatik			
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
10 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)			
6 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
2 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Generelle psychiatrische Symptomatik			
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
2 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
10 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 0,73, 95 %-KI = [0,25; 1,21], p = 0,003 (Einzelstudie)	keine Daten
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit			
Allgemeiner Gesundheitszustand			
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	Statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied[a] (Einzelstudie)	keine Daten
Arbeitsfähigkeit			
3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,17, 95 %-KI = [0,67; 1,68], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,50, 95 %-KI = [0,97; 2,03], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
3 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie: statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie: OR = 0,40, 95 %-KI = [0,20; 0,80], p = 0,007 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	▪ verglichen mit psychodynamischer Langzeittherapie: statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie: OR = 0,42, 95 %-KI = [0,21; 0,82], p = 0,013 (Einzelstudie) ▪ verglichen mit psychodynamischer Kurzzeittherapie: kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Erwerbsstatus			
1 Jahr	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 2,06, 95 %-KI = [1,04; 4,07], p = 0,038 (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
10 Jahre	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 2,03, 95 %-KI = [1,09; 3,78], p = 0,026 (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Körperliches Funktionsniveau			
3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied[a] (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,14, 95 %-KI = [0,64; 1,64], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
Soziales Funktionsniveau			
3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 0,76, 95 %-KI = [0,28; 1,24], p = 0,002 (Einzelstudie)	keine Daten
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,02, 95 %-KI = [0,52; 1,51], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
10 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome			
0,5 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
1 Monat	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 10: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
2 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,07, 95 %-KI = [0,57; 1,57], p < 0,001 (Einzelstudie)
3 Monate	keine Daten	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = 1,74, 95 %-KI = [1,18; 2,29], p < 0,001 (Einzelstudie)
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	keine Daten	keine Daten
2 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
Unerwünschte Ereignisse			
	keine Daten		
Hospitalisierung			
12 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
15 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
3 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten

a: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.

BDI: Beck Depression Inventory; KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio; SCL-90: Symptom-Checklist-90

4.5.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)** wird ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 6 bzw. 7 Monate. Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung**

Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 10 Jahre. Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert;** Beck-Depressions-Inventar [**BDI]) und Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Depressivität** zusammenfassend ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung feststellen.

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 10 Jahre. Gleichzeitig ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 3 Jahre. Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)** wird ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 5 Jahre. In der Gesamtschau der Ergebnisse für die Endpunktkategorie **Angstsymptomatik** wird ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

Hinsichtlich des Endpunkts **Arbeitsfähigkeit** wird ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie gesehen. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 5 Jahre.

Hinsichtlich des Endpunkts **Erwerbsstatus** wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 10 Jahre.

Hinsichtlich der Endpunkte **Vollremission depressive Störung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziales Funktionsniveau, soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome** und **Hospitalisierung** sowie der Endpunktkategorie **generelle psychiatrische Symptomatik** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.5.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management

Hinsichtlich des Endpunkts **Rückfall / keine Symptomverbesserung** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 15 Monate.

Auch hinsichtlich der Endpunkte **Symptomatik kognitive Funktion, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, körperliches Funktionsniveau** und **soziales Funktionsniveau** ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate (Symptomatik kognitive Funktion, Arbeitsfähigkeit, soziales Funktionsniveau) bzw. 6 Monate (gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperliches Funktionsniveau).

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomatik Appetitlosigkeit, Symptomatik Schlafstörungen, Symptomatik Fatigue** und **allgemeiner Gesundheitszustand** sowie der Endpunktkategorie **Depressivität** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte und Endpunktkategorien wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.5.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)** und **Symptomatik Depressivität** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Hinsichtlich des Endpunktes **Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)** ergibt sich jedoch ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Dieser Anhaltspukt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 15 Monate. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Depressivität** zusammenfassend ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

Hinsichtlich des Endpunktes **soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome** wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 2 und 3 Monate.

Hinsichtlich der Endpunkte **Suizid** und **Hospitalisierung** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte und Endpunktkategorien wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.5.5 Landkarte der Beleglage

Tabelle 11 und Tabelle 12 zeigen die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 11: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität

Mortalität	Morbidität									
Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Depressivität**	**Symptomatik Appetitlosigkeit**	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Angstsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)[a]									
–	⇔	–	⇑[b]	–	–	–	–	⇘[c]	⇔[d]
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management									
–	–	⇗[e]	⇔	⇔	⇔	⇔	⇗[f]	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung									
(⇔)	–	–	⇗[e]	–	–	–	–	–	–

a: Bei heterogener Datenlage war eine gemeinsame Betrachtung der Studien bzw. Vergleiche nicht möglich. Sofern sich in der Studie Knekt 2004 in einem der Einzelvergleiche (systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie oder systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie) ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zeigte, wurde die Beleglage auf Ebene des Einzelvergleichs festgestellt.
b: Basierend auf den Nutzenaussagen zu folgenden Endpunkten der Endpunktkategorie Depressivität: Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen), Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI), Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90), Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) und Symptomatik Depressivität
c: Basierend auf den Nutzenaussagen zu folgenden Endpunkten der Endpunktkategorie Angstsymptomatik: Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) und Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)
d: Basierend auf den Nutzenaussagen zu folgenden Endpunkten der Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik: Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) und generelle psychiatrische Symptomatik
e: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 15 Monate.
f: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate.
⇑: Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇘: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
(⇔): Kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis; das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effekts ausgeschlossen werden kann.
–: keine verwertbaren Daten berichtet
BDI: Beck Depression Inventory; SCL-90: Symptom-Checklist-90

Tabelle 12: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die Endpunkte des Störungsbereichs depressive Störungen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus, unerwünschter Ereignisse und Hospitalisierung

	Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit							
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Allgemeiner Gesundheitszustand**	**Arbeitsfähigkeit**	**Erwerbsstatus**	**Körperliches Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
Systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)								
⇔	–	⇔[a] / ⇘[b]	⇗[c]	–	⇔	⇔ / ⇑⇓[d]	–	⇔[e]/(⇔)[f]
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management								
⇗[g]	⇔	⇗[h]	–	⇗[i]	⇗[h]	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung								
–	–	–	–	–	–	⇗[j]	–	⇔

a: Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie
b: Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie. Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 Jahre und 5 Jahre. Für den Zeitpunkt 1 Jahr ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
c: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 10 Jahre. Für die übrigen Zeitpunkte ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
d: Einzelstudie (zu 24 Monaten) bzw. heterogene Ergebnisse in Metaanalyse (zu 12 Monaten)
e: Auswertungszeitpunkt 3 und 5 Jahre
f: Auswertungszeitpunkt 1 Jahr
g: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 6 Monate. Für den Zeitpunkt 3 Monate ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
h: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate.
i: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 6 Monate. Für den Zeitpunkt 3 Monate ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
j: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 2 und 3 Monate.

⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie

⇘: Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie

⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis

(⇔): Kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis; das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effekts ausgeschlossen werden kann.

⇑⇓: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, heterogenes Ergebnis

–: keine verwertbaren Daten berichtet

4.5.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management auf Studien basieren, in denen die Patienten eine medikamentöse Begleitbehandlung erhielten. Die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung basieren auf Studien, in denen die Patienten entweder eine medikamentöse (Wang 2011) oder eine umfassende psycho- und pharmakotherapeutische Begleitbehandlung (Lemmens 2009) erhielten. Dabei ist zu beachten, dass sich der Begriff „keine Zusatzbehandlung“ auf die Abwesenheit einer zur Begleitbehandlung zusätzlichen Behandlung im Kontrollstudienarm bezieht. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen.

Es ist des Weiteren zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollinterventionen der Studie Knekt 2004 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß PT-RL entspricht.

4.5.7 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Depressivität wird, basierend auf den Nutzenaussagen zu den dazugehörigen Endpunkten, ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Der Hinweis beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 6 bzw. 7 Monate und 10 Jahre.

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Angstsymptomatik wird, basierend auf den Nutzenaussagen zu den dazugehörigen Endpunkten, ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Der Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3, 5 und 10 Jahre.

Hinsichtlich des Endpunkts Erwerbsstatus wird zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 10 Jahre ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

Hinsichtlich des Endpunkts Arbeitsfähigkeit wird zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 5 Jahre jeweils ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie festgestellt.

Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management

Hinsichtlich der Endpunkte Rückfall / keine Symptomverbesserung, Symptomatik kognitive Funktion, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, körperliches Funktionsniveau und soziales Funktionsniveau ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate (Symptomatik kognitive Funktion, Arbeitsfähigkeit, soziales Funktionsniveau), 6 Monate (gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperliches Funktionsniveau) und 15 Monate (Rückfall / keine Symptomverbesserung).

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Depressivität wird auf Basis des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate und hinsichtlich des Endpunkts soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome wird zu den Auswertungszeitpunkten 2 und 3 Monate jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

In allen Vergleichen ergibt sich hinsichtlich der übrigen Endpunkte entweder kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einem der Komparatoren getroffen. Keine Daten lagen für den Endpunkt unerwünschte Ereignisse vor.

In der Gesamtschau lässt sich daher jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit depressiven Störungen im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zu Beratung und Informationsvermittlung bzw. zum Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

4.6 Störungsbereich Essstörungen

4.6.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Essstörungen gingen insgesamt 3 Studien zu 2 Vergleichen ein: 3 Studien lieferten Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (Castelnuovo 2011, Russell 1987, Dare 2001). Dare 2001 lieferte zugleich Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Die 3 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie verglichen eine systemische Therapie allein oder in Kombination mit einer Begleitbehandlung mit anderen psychotherapeutischen Verfahren allein oder in Kombination mit einer Begleitbehandlung.

In der Studie Castelnuovo 2011 wurden 60 Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung eingeschlossen. Die Behandlung bestand im systemischen Studienarm aus einer ambulanten und stationären systemischen Therapie, die sich an der strategischen Kurzzeittherapie nach Nardone [34-36] orientierte. Im Kontrollstudienarm wurde eine kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt, die einem der nach § 13 der PT-RL [1] anerkannten Psychotherapieverfahren zugeordnet wird (Richtlinientherapie). Beide Gruppen erhielten als Begleitbehandlung eine stationäre Standardbehandlung, die unter anderem Ernährungsberatung, eine kalorienreduzierte Diät sowie körperliche Aktivitäten beinhaltete.

In der Studie Dare 2001 wurden 84 Patientinnen mit Anorexia nervosa randomisiert. Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer ambulanten systemischen Therapie, die sich unter anderem am Mailänder Modell [37], an Minuchin [38,39] und an Haley [40] orientierte. In der Studie gab es mehrere Kontrollstudienarme: In einem Kontrollstudienarm wurde eine psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie und somit eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt, die einem der nach § 13 der PT-RL [1] anerkannten Psychotherapieverfahren zugeordnet wird (Richtlinientherapie). In einem weiteren Kontrollstudienarm wurde eine kognitiv-analytische Therapie mit Elementen der kognitiven wie auch psychodynamischen Psychotherapie durchgeführt.

In der Studie Russell 1987 wurden insgesamt 80 jugendliche und erwachsene Patientinnen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa randomisiert. In der vorliegenden Nutzenbewertung wurden jedoch nur die 15 erwachsenen Patientinnen mit Anorexia nervosa berücksichtigt. Bei den übrigen Patientengruppen konnte nicht davon ausgegangen werden, dass mindestens 80 % 18 Jahre alt oder älter waren. Daher können die Ergebnisse nicht mit ausreichender Sicherheit auf die relevante Population der Erwachsenen übertragen werden. Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer ambulanten systemischen Therapie, die sich unter anderem am Mailänder Modell [37], an Minuchin [38,39] und an Haley [40] orientierte.

Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand aus einer individuellen, supportiven Therapie.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie

Die einzige Studie zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie (Dare 2001) verglich eine systemische Therapie ohne begleitende Behandlung mit einer Standardbehandlung, die unter anderem die Vermittlung von Informationen zur Erkrankung sowie regelmäßige Kontrollen des Körpergewichts, jedoch keine Psycho- oder Pharmakotherapie beinhaltete. (Zur Studienpopulation und weiteren Studienarmen siehe die Beschreibung der Studie Dare 2001 im Rahmen des Vergleichs systemische Therapie versus andere Psychotherapie.)

4.6.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Tabelle 13 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 13: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen

Studie	**Endpunkte**							
	Mortalität	**Morbidität**		**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**		**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
	Gesamtmortalität	**Teilremission Essstörung**	**Symptomverbesserung Essanfälle**		**Soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome**	**Soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**		
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie								
Castelnuovo 2011	–	–	●	–	–	●	–	–
Dare 2001	●	●	–	–	–	–	–	●
Russell 1987	–	●	–	–	●	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung								
Dare 2001	●	●	–	–	–	–	–	●
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert								

4.6.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird für alle 3 Studien (Castelnuovo 2011, Dare 2001, Russell 1987) als hoch eingestuft. In allen 3 Studien blieb die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Auch wird für alle Studien die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. In allen 3 Studien überträgt sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene.

4.6.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der 3 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Daten für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 14.

Tabelle 14: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen getrennt nach Vergleich

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie**
Mortalität		
Gesamtmortalität		
12 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Morbidität		
Teilremission Essstörung		
12 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 10,29, 95 %-KI = [1,15; 92,19], p = 0,018 (Einzelstudie)
72 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomverbesserung Essanfälle		
7 Monate	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 6,91 [2,16; 22,10]; p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
Gesundheitsbezogene Lebensqualität		
	keine Daten	

(Fortsetzung)

Tabelle 14: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie**
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit		
Soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome		
72 Monate	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen[a] (Einzelstudie)	keine Daten
Soziales Funktionsniveau / psychische Symptome		
1 Monat	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
7 Monate	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = −1,09, 95 %-KI = [−1,63; −0,55], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
Unerwünschte Ereignisse		
	keine Daten	
Hospitalisierung		
12 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

a: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.

KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

4.6.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung Essanfälle** und **soziales Funktionsniveau / psychische Symptome** ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate. Bei den psychotherapeutischen Behandlungen in den Kontrollinterventionen handelt es sich jeweils um Richtlinientherapien.

Hinsichtlich der Endpunkte **Gesamtmortalität**, **Teilremission Essstörung**, **soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome** und **Hospitalisierung** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung oder verglichen mit Richtlinientherapien.

Hinsichtlich der Endpunkte **gesundheitsbezogene Lebensqualität** und **unerwünschte Ereignisse** wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.6.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Teilremission Essstörung** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie. Dieser beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Hinsichtlich der Endpunkte **Gesamtmortalität** und **Hospitalisierung** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie.

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung Essanfälle**, **gesundheitsbezogene Lebensqualität**, **soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome, soziales Funktionsniveau / psychische Symptome** und **unerwünschte Ereignisse** wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.6.5 Studien unklarer Relevanz

Im Rahmen der Studienregisterrecherche wurde für den Störungsbereich Essstörungen 1 Studie unklarer Relevanz identifiziert, für die derzeit noch keine Ergebnisse verfügbar sind (ISRCTN25181390). Als Enddatum für die Rekrutierung wird im entsprechenden Studienregistereintrag der 30.09.2015, als intendiertes Publikationsdatum der 30.11.2015 angegeben. Die schwedische RCT mit dem Titel „The Gothenburg anorexia nervosa treatment study“ hat zum Ziel, die Effekte einer systemischen Therapie im Vergleich zu einer kognitiven Verhaltenstherapie bei erwachsenen Frauen mit Anorexia nervosa unter anderem hinsichtlich des Body-Mass-Index (BMI) und essstörungsspezifischer Symptome zu bewerten. Als Erhebungszeiträume werden 1,5 und 3 Jahre angegeben. Insgesamt sollen 80 Patientinnen rekrutiert werden. Die Ausrichtung der untersuchten systemischen Therapie wird beschrieben als „Maudsley-Modell“, welches dem Namen nach jenem Therapieverfahren entspricht, das in den eingeschlossenen Studien Dare 2001 und Russell 1987 zur Anwendung gekommen ist. Für die beschriebene Studie wurde eine Autorenanfrage bezüglich verwertbarer Daten beziehungsweise einer Ergebnispublikation gestellt. Eine Ergebnispublikation ist den Studienautoren zufolge in Vorbereitung, jedoch konnten keine Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden.

4.6.6 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 15 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 15: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Essstörungen

Mortalität	**Morbidität**		**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**		**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
Gesamtmortalität	**Teilremission Essstörung**	**Symptomverbesserung Essanfälle**		**Soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome**	**Soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**		
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie							
–	(⇔)	⇗[a]	–	⇔	⇗[b]	–	(⇔)
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung							
(⇔)	⇗[c]	–	–	–	–	–	(⇔)

a: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 7 Monate.
b: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 7 Monate. Für den Zeitpunkt 1 Monat ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
c: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 12 Monate.
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
(⇔): Kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis; das 95 %-Konfidenzintervall für den relativen Effekt ist so unpräzise, dass weder eine Halbierung noch eine Verdopplung des Effekts ausgeschlossen werden kann.
–: keine verwertbaren Daten berichtet

4.6.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Die Anhaltspunkte für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich der beiden Endpunkte Symptomverbesserung Essanfälle und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome basieren gänzlich auf den Ergebnissen einer Studie, die Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung untersuchte. Aus den Studien, die Patientinnen mit Anorexia nervosa untersuchten, wird für keinen der betrachteten Endpunkte ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie festgestellt.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Aussagen zur Beleglage auf Studien basieren, deren Populationen hauptsächlich aus Frauen bestanden.

Es ist des Weiteren zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollinterventionen der Studien Castelnuovo 2011 und Dare 2001 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß PT-RL entspricht.

4.6.8 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Hinsichtlich der Endpunkte Symptomverbesserung Essanfälle und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome ergibt sich zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung bzw. einer Richtlinientherapie. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen.

Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie

Hinsichtlich des Endpunkts Teilremission Essstörung ergibt sich zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie getroffen.

In der Gesamtschau lässt sich daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patientinnen mit Essstörungen im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie bzw. zu Beratung und Informationsvermittlung feststellen. In keinem der hier betrachteten Vergleiche lagen dabei Daten für die Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse vor.

4.7 Störungsbereich gemischte Störungen

4.7.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich gemischte Störungen ging insgesamt 1 Studie zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie ein.

Die Studie Lau 2007 schloss 151 erwachsene Frauen ein, die an den Langzeitfolgen von intrafamiliärem sexuellen Missbrauch litten. Die primären psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 umfassten u. a. Persönlichkeitsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Angststörungen, affektive Störungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. Die Behandlung der Interventionsgruppe bestand aus einer systemischen Gruppentherapie und orientierte sich an Holme [41]. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand aus einer psychoanalytischen Gruppentherapie, die einem der nach § 13 der PT-RL [1] anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapie) zugeordnet wird.

4.7.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Tabelle 16 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus der eingeschlossenen Studie Lau 2007.

Tabelle 16: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen

Studie	**Endpunkte**				
		Morbidität		**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	
	Mortalität	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie					
Lau 2007	–	●	–	●	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert					

4.7.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird als hoch eingestuft, da die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar blieb. Zudem wird für alle Studien die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet.

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu allen Endpunkten wird als hoch bewertet, da sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene für diese Studien auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene überträgt. Zudem wird die Umsetzung des ITT-Prinzips für alle

Endpunkte als nicht angemessen bewertet, da der Anteil der in den Auswertungen unberücksichtigten Therapie- und Studienabbrecher deutlich höher als 10 % war.

4.7.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse von Lau 2007 für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte gibt Tabelle 17.

Tabelle 17: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**
Mortalität	
	keine Daten
Morbidität	
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik	
5 bzw. 12 Monate	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 0,36; 95 %-KI = [0,14; 0,88]; p = 0,025 (Einzelstudie)
17 bzw. 24 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
	keine Daten
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	
Berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome	
5 bzw. 12 Monate	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[a]
17 bzw. 24 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Unerwünschte Ereignisse	
	keine Daten

a: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.
KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

4.7.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik** wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt. Dieser beruht auf den Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 5 bzw. 12 Monate.

Hinsichtlich des Endpunkts **berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome** ergibt sich zu keinem Auswertungszeitpunkt ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie.

Für die weiteren Endpunkte **Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität** und **unerwünschte Ereignisse** wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.7.5 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 18 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 18: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs gemischte Störungen

	Morbidität		**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	
Mortalität	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie				
–	⇗[a]	–	⇔	–
a: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 5 bzw. 12 Monate. ⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie ⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen Nutzen –: keine verwertbaren Daten berichtet				

4.7.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass der Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie auf den Auswertungen direkt nach den Interventionen basiert. Die Ergebnisse der Studie zu den Follow-up-Auswertungen zeigten hinsichtlich des Endpunkts zum Auswertungszeitpunkt 17 bzw. 24 Monate keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Der Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen nahm somit über den Nachbeobachtungszeitraum ab.

Zur Überprüfung der Auswirkungen der unterschiedlich langen Interventionen (systemischer Studienarm: 5 Monate; Kontrollstudienarm: 12 Monate) wurden in ergänzenden Analysen die Daten des systemischen Studienarms zum Auswertungszeitpunkt Nacherhebung (17 Monate) mit den Daten des Kontrollarms zum Auswertungszeitpunkt Post-Intervention (12 Monate) verglichen. Dort zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen.

Mit Blick auf den Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ist zu berücksichtigen, dass sich dieser auf die grundsätzliche psychische Belastung bezieht und nicht als Kriteriensymptom einzelner Störungsbereiche gedeutet werden kann. Der Endpunkt gibt somit in einem einzelnen Maß Auskunft über das aktuelle Ausmaß der insgesamt

vorhandenen psychischen Belastung (über Symptome verschiedener Störungsbereiche wie affektive Störung, Angststörung usf. hinweg) und stellt gerade für die in Lau 2007 eingeschlossene, störungsgemischte Patientenpopulation einen sinnvollen Endpunkt dar.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Aussagen zur Beleglage ausschließlich auf einer Studie basieren, deren Population aus Frauen bestand.

Es ist darüber hinaus zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollintervention der Studie Lau 2007 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß PT-RL entspricht.

4.7.7 Fazit

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie zum Auswertungszeitpunkt 5 bzw. 12 Monate. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen. Keine Daten lagen für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität und unerwünschte Ereignisse vor.

In der Gesamtschau lässt sich daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patientinnen mit gemischten Störungen im Vergleich zu einer Richtlinientherapie feststellen.

4.8 Störungsbereich körperliche Erkrankungen

4.8.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich körperliche Erkrankungen gingen insgesamt 11 Studien zu 2 Vergleichen ein (davon 9 Studien mit verwertbaren Ergebnissen): 9 Studien lieferten Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung (Arvand 2012, Cockburn 1997, Priebe 2001, Rakowska 2015, Saarijärvi 1991, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014, Wirsching 1989), eine dieser Studien lieferte zugleich Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (Szapocznik 2004). Die Ergebnisse einer weiteren Studie, Vogelaar 2011, basierte auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurde daher nicht berücksichtigt. Eine weitere Studie, Feaster 2010, lieferte keine verwertbaren Daten zu Endpunkten, die im Rahmen des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen patientenrelevant sind, und wurde daher nicht berücksichtigt. Angaben zu dieser Studie finden sich im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen (siehe Abschnitt 4.11.1).

Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Die Studie Szapocznik 2004 schloss Frauen mit einer Humanen-Immundefizienzvirus(HIV)-Infektion ein. Obwohl keine der eingeschlossenen Frauen gegenwärtig Substanzen konsumierte, hatte die Mehrzahl der eingeschlossenen Patientinnen in der Vergangenheit eine Substanzmissbrauchs- oder Substanzabhängigkeitsdiagnose erhalten. Es wurden insgesamt 209 Patientinnen auf 3 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine ökostrukturelle Familientherapie basierend auf der strategischen Kurzzeittherapie [42] durchgeführt. In einem der Kontrollstudienarme wurde eine Psychotherapie durchgeführt, die sich am personzentrierten Ansatz nach Rogers [43] orientierte. Begleitbehandlung war in beiden Studienarmen eine nicht näher bestimmte lokale Routineversorgung.

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Die Studie Szapocznik 2004 hatte neben einem psychotherapeutischen Kontrollstudienarm einen weiteren Kontrollstudienarm, in dem bis auf eine nicht näher bestimmte lokale Routineversorgung keine weiteren Interventionen im Rahmen der Studie durchgeführt wurden. (Zur Studienpopulation und zum systemischen Studienarm siehe die Beschreibung im Rahmen des Vergleichs systemische Therapie versus andere Psychotherapie.)

Die Studie Arvand 2012 schloss Patienten mit chronischer Hepatitis B ein. Es wurden 22 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine lösungsfokussierte Therapie [44-48] durchgeführt und begleitend eine (vermutlich ausschließlich medikamentöse) Hepatitisbehandlung angeboten. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand ausschließlich aus einer Hepatitisbehandlung.

Die Studie Cockburn 1997 schloss Patienten mit orthopädischen Erkrankungen ein. Zu den genauen Diagnosen sind ebenso wie zur Anzahl der randomisierten Patienten der Publikation keine Angaben zu entnehmen. Es gab 2 Studienarme, insgesamt wurden 48 Patienten

analysiert. Im systemischen Studienarm wurde eine lösungsfokussierte Therapie [15,49] und begleitend eine orthopädische Rehabilitation durchgeführt. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand ausschließlich aus einer orthopädischen Rehabilitation.

Die Studie Priebe 2001 schloss Patienten ein, die sich im Zustand nach Myokardinfarkt, Angioplastie oder aortokoronarer Bypassoperation befanden. Es wurden 44 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine an struktureller Familientherapie [50-52] orientierte Paartherapie und begleitend eine ambulante Koronarrehabilitation durchgeführt. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand ausschließlich aus der begleitenden ambulanten Koronarrehabilitation.

Die Studie Rakowska 2015 schloss Patienten ein, die sich im Zustand nach erstmaligem Myokardinfarkt befanden. Es wurden 81 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine strategische Kurzzeittherapie durchgeführt, die sich an Fisch [20] und Watzlawick [21] orientierte. Als Begleitbehandlung wurde eine Form der Routineversorgung angeboten, die u. a. eine medikamentöse Behandlung sowie ein Informations-, Beratungs- und Sportangebot umfasste. Im Kontrollstudienarm wurde ausschließlich diese Form der Routineversorgung durchgeführt.

Die Studie Saarijärvi 1991 schloss Patienten mit chronisch lumbalen Rückenschmerzen ein. Es wurden 63 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Paartherapie [53-57] durchgeführt. Im Kontrollstudienarm wurde keine Zusatzbehandlung angeboten (keine Angaben zur Ausgestaltung des Kontrollstudienarms, Bezeichnung des Kontrollstudienarm als Control Group).

Die Studie Shadick 2013 schloss Patienten mit rheumatoider Arthritis ein. Es wurden 79 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Im systemischen Studienarm wurde eine systemische Therapie durchgeführt, die sich am Ansatz der systemischen Therapie mit der inneren Familie [58] orientierte. Im Kontrollstudienarm wurden lediglich Informationen zur Erkrankung und zum Umgang mit ihr verschickt, was als Scheinbehandlung interpretiert wird. Begleitbehandlung war in beiden Studienarmen eine medizinische Versorgung durch den jeweiligen Rheumatologen der Patienten.

Die Studie Vogelaar 2014 schloss Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ein (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). Es wurden 98 Patienten auf 2 Studienarme randomisiert. Beide Gruppen erhielten als Begleitbehandlung eine nicht näher beschriebene Standardbehandlung (Care as Usual). Im systemischen Studienarm wurde eine lösungsfokussierte Therapie [59] durchgeführt. Im Kontrollstudienarm wurde ausschließlich die Begleitbehandlung angeboten.

Die Studie Wirsching 1989 schloss Patienten mit erstdiagnostiziertem primärem Bronchialkarzinom ein. Es wurden 164 Patienten auf 3 Studienarme randomisiert. Alle Gruppen erhielten als Begleitbehandlung eine nicht näher bestimmte medizinische Regelversorgung

ohne psychoonkologische Betreuung. Im systemischen Studienarm wurde den Patienten eine psychoonkologische Betreuung im Rahmen eines Konsiliar- / Liaisondienstes angeboten, die sich am Konzept der Familien-System-Konsultation (Systems Consultation) [60] orientierte. In einem der beiden Kontrollstudienarme wurde eine nicht näher bestimmte unspezifische psychoonkologische Betreuung angeboten, die von den Patienten bei Bedarf in Anspruch genommen werden konnte. In einem weiteren Kontrollstudienarm wurde ausschließlich die Begleitbehandlung (nicht näher bestimmte medizinische Regelversorgung ohne psychoonkologische Betreuung) durchgeführt.

4.8.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 9 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 19 und Tabelle 20 zeigen eine Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 19: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität

Studie	**Endpunkte**									
	Mortalität	**Morbidität**								
					Depressivität					
	Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Depressivität**	**Depressive Symptomatik**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie										
Szapocznik 2004	–	–	●	–	–	–	–	–	–	●
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung										
Arvand 2012	–	–	–	–	●	●	–	–	–	–
Cockburn 1997	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Priebe 2001	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–
Rakowska 2015	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–
Saarijärvi 1991	–	–	–	–	–	–	–	–	●	●
Shadick 2013	–	–	–	●	–	●	–	●	●	–
Szapocznik 2004	–	–	●	–	–	–	–	–	–	●
Vogelaar 2014	–	–	–	●	–	●	●	–	–	–
Wirsching 1989	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert										

Tabelle 20: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau und unerwünschte Ereignisse

Studie	**Endpunkte**							
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit						
				Körperliches Funktionsniveau				
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Arbeitsfähigkeit**	**Körperlicher Gesundheitszustand**	**Körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)**	**Körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)**	**Körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)**	**Psychischer Gesundheitszustand**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie								
Szapocznik 2004	–	–	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung								
Arvand 2012	–	–	–	–	–	–	–	–
Cockburn 1997	–	●	–	–	–	–	–	–
Priebe 2001	–	–	●	–	–	–	–	–
Rakowska 2015	–	–	●	–	–	–	●	–
Saarijärvi 1991	–	●	–	●	●	●	–	–
Shadick 2013	–	–	●	–	–	–	–	–
Szapocznik 2004	–	–	–	–	–	–	–	–
Vogelaar 2014	●	–	●	–	–	–	–	–
Wirsching 1989	–	–	–	–	–	–	–	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert								

4.8.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird für alle 9 Studien mit verwertbaren Daten (Arvand 2012, Cockburn 1997, Priebe 2001, Rakowska 2015, Saarijärvi 1991, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014, Wirsching 1989) als hoch eingestuft. In allen 9 Studien blieb die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar, in 5 Studien blieb zudem die Angemessenheit der Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar (Arvand 2012, Cockburn 1997, Priebe 2001, Saarijärvi 1991, Wirsching 1989). Ebenso wird für alle Studien die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. In allen Studien überträgt sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene.

4.8.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse aller 9 eingeschlossenen Studien für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 21.

Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität		
Überleben		
5 Jahre	keine Daten	verglichen mit medizinischer Regelversorgung statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie bei Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom: HR = 0,49, 95 %-KI = [k. A.], p < 0,05 (Einzelstudie)
Morbidität		
Reinfarkt		
2,5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
14,5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
32,5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Rückfall		
9 Monate	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 0,24, 95 %-KI = [0,07; 0,80], p = 0,015 (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Angstsymptomatik		
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
21 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Depressivität		
Symptomverbesserung Depressivität		
2 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 7,88, 95 %-KI = [1,10; 56,12], p = 0,041 (Einzelstudie)
Depressive Symptomatik		
2 bzw. 3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
21 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[b]
Fatiguesymptomatik		
3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = −0,56, 95 %-KI = [−0,84; −0,27], p = 0,001 (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[b]
9 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Krankheitssymptomatik		
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
21 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Schmerzsymptomatik		
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 bzw. 12 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
21 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Generelle psychiatrische Symptomatik		
3 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[b]
6 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 Monate	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = −0,69, 95 %-KI = [−1,04; −0,35], p < 0,001 (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
1,5 Jahre	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = −0,58, 95 %-KI = [−0,93; −0,24], p < 0,001 (Einzelstudie)
5 Jahre	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität		
3 Monate	keine Daten	Statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[b]
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
9 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit		
Arbeitsfähigkeit		
2 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Körperlicher Gesundheitszustand		
2,5 bzw. 3 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Metaanalyse)[b]
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)
9 bzw. 14,5 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Metaanalyse)[a]
21 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
32,5 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[b]
Körperliches Funktionsniveau		
Körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)		
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)		
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)		
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Psychischer Gesundheitszustand		
2,5 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = 1,29, 95 %-KI = [0,81; 1,77], p < 0,001 (Einzelstudie)

(Fortsetzung)

Tabelle 21: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit		
14,5 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[b]: Hedges' g = 1,27, 95 %-KI = [0,79; 1,75], p < 0,001 (Einzelstudie)
32,5 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[e]: Hedges' g = 1,31, 95 %-KI = [0,83; 1,78], p < 0,001 (Einzelstudie)
Unerwünschte Ereignisse		
	keine Daten	

a: aufgrund heterogener Datenlage keine Berechnung eines gemeinsamen Schätzers
b: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.
HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

4.8.4.1 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Hinsichtlich der Endpunkte **Rückfall** und **generelle psychiatrische Symptomatik** wird jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 9 Monate.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.8.4.2 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunkte **Überleben, Fatiguesymptomatik, generelle psychiatrische Symptomatik** und **psychischer Gesundheitszustand** ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 3 Monate (Fatiguesymptomatik), 9 und 18 Monate (generelle psychiatrische Symptomatik) bzw. 2,5, 14,5 und 32,5 Monate (psychischer Gesundheitszustand).

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomverbesserung Depressivität** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 1,75 Monate. Hinsichtlich des Endpunkts **depressive Symptomatik** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Depressivität** zusammenfassend ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

Hinsichtlich der Endpunkte **Reinfarkt, Rückfall, Angstsymptomatik, Krankheitssymptomatik, Schmerzsymptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit** und **körperlicher Gesundheitszustand** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung.

Auch hinsichtlich der Endpunkte **körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten), körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)** und **körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **körperliches Funktionsniveau** zusammenfassend kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu dem Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.8.5 Studien unklarer Relevanz

Im Rahmen der Studienregisterrecherche wurde für den Störungsbereich körperliche Erkrankungen 1 Studie identifiziert, für die derzeit noch keine Ergebnisse verfügbar sind (ACTRN12605000181606). Die australische RCT mit dem Titel „Counselling to reduce anxiety and depressive symptoms in women with a new diagnosis of gynaecological cancer“ hat zum Ziel, die Effekte einer systemischen Therapie im Vergleich zu einer Routineversorgung bei Frauen mit erstdiagnostiziertem Uteruskarzinom zu bewerten. Bei der untersuchten systemischen Therapie handelt es sich um eine lösungsfokussierte Therapie. Erhoben werden sollen u. a. Angst- und depressive Symptomatik, als Erhebungszeiträume werden 6 Wochen und 4 Monate angegeben. Insgesamt sollen 200 Patientinnen rekrutiert werden. Beginn der Rekrutierung war laut Studienregistereintrag der 01.03.2004, ein Enddatum für die Rekrutierung wird nicht angegeben. Für diese Studie wurde eine Autorenanfrage bezüglich verwertbarer Daten beziehungsweise einer Ergebnispublikation gestellt. Eine Ergebnispublikation ist den Studienautoren zufolge nicht in Vorbereitung und es konnten keine Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden.

4.8.6 Landkarte der Beleglage

Tabelle 22 und Tabelle 23 zeigen die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien.

Tabelle 22: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich Mortalität und Morbidität

Mortalität	**Morbidität**							
Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Depressivität**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie								
–	–	⇗[a]	–	–	–	–	–	⇗[b]
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung								
⇗[c] / ⇔[d]	⇔	⇔	⇔	⇗[h]	⇗[e]	⇔	⇔	⇗[f]

a: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate.
b: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate. Für die übrigen Zeitpunkte ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
c: Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, Vergleich systemische Therapie versus medizinische Regelversorgung
d: Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, Vergleich systemische Therapie versus Beratung; Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom (alle Stadien), Vergleich systemische Therapie versus medizinische Regelversorgung und Vergleich systemische Therapie versus Beratung
e: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 3 Monate. Für die übrigen Zeitpunkte ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
f: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 9 und 18 Monate. Für die übrigen Zeitpunkte ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
g: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 32,5 Monate. Für die übrigen Zeitpunkte ergab sich kein Anhaltspunkt für einen höheren oder geringeren Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie.
h: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 1,75 Monate.
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
–: keine verwertbaren Daten berichtet

Tabelle 23: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte bzw. Endpunktkategorien des Störungsbereichs körperliche Erkrankungen hinsichtlich der Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau und unerwünschte Ereignisse

	Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit				
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Arbeitsfähigkeit**	**Körperlicher Gesundheitszustand**	**Körperliches Funktionsniveau**	**Psychischer Gesundheitszustand**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie					
–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung					
⇔	⇔	⇔	⇔	⇗[a]	–

a: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu allen Auswertungszeitpunkten mit verwertbaren Ergebnissen (2,5, 14,5 und 32,5 Monate).
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
–: keine verwertbaren Daten berichtet

4.8.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Der Störungsbereich körperliche Erkrankungen nimmt gegenüber den übrigen Störungsbereichen eine Sonderstellung ein, insofern, als Studien berücksichtigt wurden, die das Einschlusskriterium E1 (Population) nicht sicher erfüllten. Die Studienpopulationen der in diesem Störungsbereich eingeschlossenen Studien bestanden aus Patienten mit einer körperlichen Erkrankung. Darüber, ob diese Patientenkollektive zugleich an einer psychischen Störung litten, besteht Unklarheit. Keine der eingeschlossenen Studien berichtet jedoch zu Studieneinschluss das Bestehen einer psychischen Störung für mindestens 80 % der Studienpopulation. Daraus, dass bei einer körperlichen Erkrankung eine psychotherapeutische Intervention erfolgte, lässt sich nicht automatisch ableiten, dass eine psychische Störung vorliegt. Damit handelt es sich im Störungsbereich körperliche Erkrankungen um Studien, deren Ergebnisse womöglich an Patienten gewonnen wurden, die keine psychische Störung aufwiesen.

Die Patientenrelevanz der in dieser Nutzenbewertung berücksichtigten Endpunkte ergibt sich daraus, ob eine (und ggf. welche) psychische Störung unterstellt wird. Als relevante psychische Störungen kommen hier vor allem die „Anpassungsstörungen“ (F43.2) oder „psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen“ (F54) in Betracht: Auf die jeweilige körperliche Erkrankung bezogene Endpunkte sind im Kontext von „psychologischen Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen“ (F54) relevant, psychologische Endpunkte dagegen im Kontext einer „Anpassungsstörung“ (F43.2).

Die Nutzenaussagen hinsichtlich der (psychologischen) Endpunkte Rückfall, Symptomverbesserung Depressivität, generelle psychiatrische Symptomatik und psychischer Gesund-

heitszustand setzen das Bestehen einer psychischen Störung voraus. Die Anhaltspunkte, die hinsichtlich dieser Endpunkte festgestellt wurden, gelten dementsprechend nur für Personen mit der jeweiligen körperlichen Erkrankung und einer gleichzeitig bestehenden psychischen Störung, innerhalb welcher die jeweiligen Endpunkte patientenrelevant sind. Bezüglich der Endpunkte Rückfall und generelle psychiatrische Symptomatik ist zu vermerken, dass in der entsprechenden Studie (Szapocznik 2004) zwar berichtet wird, dass 84 % der Studienpopulation eine DSM-III-R-Diagnose gehabt hätten, jedoch handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um Lebenszeitdiagnosen (und keine gegenwärtig vorhandenen), sodass davon auszugehen ist, dass weniger als 80 % der Studienpopulation eine psychische Störung nach DSM-III-R aufwiesen.

Die Endpunkte Überleben und Fatiguesymptomatik können als patientenrelevant angesehen werden, ohne das Bestehen einer psychischen Störung unterstellen zu müssen. Die Anhaltspunkte, die hinsichtlich dieser Endpunkte festgestellt wurden, gelten für Patienten mit den entsprechenden körperlichen Erkrankungen (Überleben: Bronchialkarzinom; Fatiguesymptomatik: chronisch entzündliche Darmerkrankungen).

Die Entscheidung, die Anforderungen an die Angaben zur Diagnosestellung in den Studienpublikationen gegenüber den übrigen Störungsbereichen herabzusetzen und die Studien in der Nutzenbewertung zu berücksichtigen, hat folgenden Hintergrund: Den Beschreibungen der Interventionen war häufig zu entnehmen, dass die Interventionen auf die Verbesserung der psychosozialen Anpassung, die Verbesserung der Krankheitsbewältigung oder eine Verminderung von Risikofaktoren gerichtet waren. Es kann daher vermutet werden, dass im Rahmen der Intervention auf psychische Symptome als Reaktion auf eine körperliche Erkrankung (Anpassungsstörung) oder auf psychische Faktoren, die einen Krankheitszustand herbeiführen, verschlimmern oder das Risiko einer Person gegenüber einer Krankheit erhöhen (F54), eingewirkt werden sollte.

Zu beachten ist des Weiteren, dass der Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich des Endpunkts psychischer Gesundheitszustand auf einer Studie basiert, in der die eingeschlossenen Patienten in beiden Studienarmen als Begleitbehandlung eine Form der Routineversorgung erhielten, die u. a. eine medikamentöse Behandlung sowie ein Informations-, ein Beratungs- und ein Sportangebot umfasste. Der Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität basiert auf einer Studie, in der die eingeschlossenen Patienten in beiden Studienarmen eine begleitende Hepatitisbehandlung erhielten.

4.8.8 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Hinsichtlich der Endpunkte Rückfall und generelle psychiatrische Symptomatik wird zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen

Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen psychotherapeutischen Behandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunkte bzw. Endpunktkategorien Überleben, Depressivität, Fatigue-symptomatik, generelle psychiatrische Symptomatik und psychischer Gesundheitszustand ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu den Auswertungszeitpunkten 1,75 Monate (Depressivität), 3 Monate (Fatiguesymptomatik), 9 und 18 Monate (generelle psychiatrische Symptomatik) bzw. 2,5, 14,5 und 32,5 Monate (psychischer Gesundheitszustand). Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bzw. es wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen.

In der Gesamtschau lässt sich daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit körperlichen Erkrankungen im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen. In keinem der hier betrachteten Vergleiche lagen dabei Daten für den Endpunkt unerwünschte Ereignisse vor.

4.9 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

4.9.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ging insgesamt 1 Studie ein zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie.

Im Rahmen der Studie Knekt 2004 wurden insgesamt 326 Patienten randomisiert, davon 59 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Die Studie verglich eine systemische Therapie mit 2 anderen psychotherapeutischen Verfahren, die einem der nach § 13 der PT-RL [1] anerkannten Psychotherapieverfahren zugeordnet wird (Richtlinientherapien). Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer lösungsfokussierten Therapie (nach de Shazer [15]). Während in einem Kontrollstudienarm eine psychodynamische Kurzzeittherapie durchgeführt wurde, die sich an Malan [16] und Sifneos [17,18] orientierte, wurde im anderen Kontrollstudienarm eine psychodynamische Langzeittherapie durchgeführt, die sich an Gabbard [19] orientierte. Im Rahmen der vorliegenden Nutzenbewertung kann der systemische Studienarm nur mit der psychodynamischen Kurzzeittherapie verglichen werden, da für die psychodynamische Langzeittherapie keine patientenrelevanten Ergebnisse berichtet werden (N = 43).

4.9.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus der Studie Knekt 2004 konnten Daten zu dem patientenrelevanten Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung extrahiert werden (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen

Studie	**Endpunkte**				
		Morbidität			
	Mortalität	**Vollremission Persönlichkeitsstörung**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie					
Knekt 2004	–	●	–	–	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert					

4.9.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Zwar wird die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen der Studie Knekt 2004 als nicht gegeben bewertet, insgesamt wird aber das Verzerrungspotenzial auf Studienebene für die Studie als niedrig eingestuft. Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu dem Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung wird als hoch bewertet, da die Endpunkterhebung nicht verblindet war.

4.9.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse von Knekt 2004 für alle patientenrelevanten Endpunkte und alle Auswertungszeitpunkte gibt Tabelle 25.

Tabelle 25: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen

Patientenrelevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**
Mortalität	
	keine Daten
Morbidität	
Vollremission Persönlichkeitsstörung	
7 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen (Einzelstudie)
1 Jahr	kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen (Einzelstudie)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	
	keine Daten
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	
	keine Daten
Unerwünschte Ereignisse	
	keine Daten

4.9.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Vollremission Persönlichkeitsstörung** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie.

Für die anderen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten vorliegen.

4.9.5 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 26 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 26: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörungen

	Morbidität			
Mortalität	**Vollremission Persönlichkeits-störung**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie				
–	⇔	–	–	–
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg –: keine verwertbaren Daten berichtet				

4.9.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Studienpopulation nur aus Patienten mit Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten), Clusters C (zwanghaftes, ängstliches oder furchtsames Verhalten) sowie mit nicht näher bezeichneter Persönlichkeitsstörung bestand. Persönlichkeitsstörungen des Clusters A, wie bspw. paranoide oder schizoide Persönlichkeitsstörungen, galten als Ausschlusskriterium. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung der Cluster B und C sowie mit einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung übertragen.

Es ist des Weiteren zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollintervention der Studie Knekt 2004 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß PT-RL entspricht.

4.9.7 Fazit

Hinsichtlich des Endpunkts Vollremission Persönlichkeitsstörung ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden zugunsten der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie. Für die Endpunkte Mortalität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau sowie unerwünschte Ereignisse lagen keine Daten vor und es konnte daher keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen werden.

In der Gesamtschau lässt sich daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu einer Richtlinientherapie feststellen.

4.10 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

4.10.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen gingen insgesamt 8 Studien ein (davon 5 Studien mit verwertbaren Ergebnissen). 4 Studien lieferten Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung (Cao 2007, Priebe 2015, Zhang 2006, Zhou 2003) und 1 Studie (Miller 2004) lieferte Ergebnisse zu 2 Vergleichen: zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung. 3 weitere Studien wurden nicht berücksichtigt, da die Studienergebnisse auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten basieren (De Giacomo 1997), da sich der Anteil fehlender Werte zwischen den Studienarmen um mehr als 15 % unterscheidet (Betrando 2006) bzw. erhebliche Diskrepanzen zwischen den Studienpublikationen bestehen (Bressi 2008).

In den Studien Cao 2007, Priebe 2015, Zhang 2006, Zhou 2003 und Miller 2004 erhielten die Patienten in den jeweiligen systemischen Studienarmen und Kontrollstudienarmen eine Pharmakotherapie und keine zusätzlichen Behandlungen in den Kontrollstudienarmen. Daher werden diese Studien als Vergleiche der systemischen Therapie gegen den Komparator keine Zusatzbehandlung betrachtet.

Die Studie Miller schloss 92 Patienten mit einer bipolaren Störung I ein und randomisierte diese auf 3 Studienarme: Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer systemischen Familientherapie (nach dem McMaster-Modell [61]), die Behandlung in einem Kontrollstudienarm aus keiner zusätzlichen Behandlung, in dem anderen Kontrollstudienarm aus einer psychoedukativen Multifamilientherapie.

Die Studien Cao 2007, Priebe 2015, Zhang 2006 und Zhou 2003 schlossen 100, 188, 150 respektive 60 schizophrene Patienten ein und randomisierten diese jeweils auf den systemischen Studienarm bestehend aus einer lösungsfokussierten Therapie (Priebe 2015) bzw. einer systemischen Familientherapie (Cao 2007, Zhang 2006 und Zhou 2003) oder auf den Kontrollstudienarm ohne zusätzliche Behandlung.

4.10.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 4 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 27 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 27: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Studie	**Endpunkte**										
	Morbidität								**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**		
				Schizophrenie-symptomatik							
	Mortalität	**Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Schizophreniesymptomatik (Positivskala)**	**Schizophreniesymptomatik (Negativskala)**	**Schizophreniesymptomatik (global)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung											
Miller 2004	–	●	●	–	–	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung											
Cao 2007	–	–	–	–	–	●	–	●	–	–	–
Priebe 2015	–	–	–	●	●	–	●	●	–	●	–
Zhang 2006	–	–	–	–	–	●	–	–	●	–	–
Zhou 2003	–	–	–	–	–		●	–	–	–	–
Miller 2004	–	●	●	–	–		–	–	–	–	–
–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert											

4.10.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird für 4 Studien (Cao 2007, Zhang 2006, Zhou 2003 und Miller 2004) als hoch eingestuft. In diesen Studien blieben die Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie die Angemessenheit der Erzeugung der Randomisierungssequenz unklar. Zudem wird die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. In diesen 4 Studien überträgt sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene. Für die Studie Priebe 2015 wird das Verzerrungspotenzial auf Studienebene als niedrig eingestuft. Für alle Endpunkte wird das Verzerrungspotenzial aufgrund der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung als hoch bewertet.

4.10.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der 5 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Daten für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 28 wieder.

Tabelle 28: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen getrennt nach Vergleich

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität		
	keine Daten	
Morbidität		
Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik		
28 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik		
Bis 28 Monate	Es liegen keine verwertbaren Ergebnisse vor, HR daher nicht berechenbar.	Es liegen keine verwertbaren Ergebnisse vor, HR daher nicht berechenbar.
Schizophreniesymptomatik		
Schizophreniesymptomatik (Positivskala)		
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Schizophreniesymptomatik (Negativskala)		
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Schizophreniesymptomatik (global)		
2 bzw. 2,5 Jahre	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = −1,26, 95 %-KI = [−1,55; −0,98], p < 0,001 (Metaanalyse)
Generelle psychiatrische Symptomatik		
3 bzw. 6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Metaanalyse)[a]

(Fortsetzung)

Tabelle 28: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität		
3 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[a]
1 Jahr	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[a]
2 Jahre	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied (Einzelstudie)[a]
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit		
Allgemeines Funktionsniveau		
2,5 Jahre	keine Daten	statistisch signifikanter und klinisch relevanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie[a]: Hedges' g = −1,14, 95 %-KI = [−1,51; −0,78], p < 0,001 (Einzelstudie)
Soziales Funktionsniveau		
6 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
1 Jahr	keine Daten	statistisch signifikanter, aber nicht klinisch relevanter Unterschied
Unerwünschte Ereignisse		
	keine Daten	

a: Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Ein klinisch relevanter Effekt wird abgeleitet, wenn das dazugehörige 95 %-Konfidenzintervall komplett außerhalb des Intervalls von −0,2 bis 0,2 liegt.

KI: Konfidenzintervall; HR: Hazard Ratio; OR: Odds Ratio

4.10.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung.

Hinsichtlich der Endpunkte **Mortalität**, **Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik, Schizophreniesymptomatik, generelle psychiatrische Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau** und **unerwünschte Ereignisse** wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

4.10.4.2 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich des Endpunkts **Schizophreniesymptomatik (global)** ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung, basierend auf Ergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 beziehungsweise 2,5 Jahre. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Schizophreniesymptomatik** ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen. Hinsichtlich des Endpunkts **allgemeines Funktionsniveau** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung. Dieser beruht auf dem Auswertungszeitpunkt 2,5 Jahre.

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik, generelle psychiatrische Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität** und **soziales Funktionsniveau** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung.

Hinsichtlich der Endpunkte **Mortalität, Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik** und **unerwünschte Ereignisse** wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu dem Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine verwertbaren Ergebnisse oder entsprechenden Daten vorliegen.

4.10.5 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 29 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 29: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

	Morbidität						**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**		
Mortalität	**Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Schizophrenie-symptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung								
–	⇔	–	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung								
–	⇔	–	⇑[a]	⇔	⇔	⇗[b]	⇔	–

a: Hinweis beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 2,5 Jahre.
b: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zum Auswertungszeitpunkt 2,5 Jahre.
⇑: Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
–: keine verwertbaren Daten oder Ergebnisse berichtet

4.10.6 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass der Hinweis auf bzw. Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung hinsichtlich der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik bzw. des Endpunkts allgemeines Funktionsniveau auf 2 Studien basiert, deren Patienten in allen Studienarmen eine medikamentöse antipsychotische Sockeltherapie erhielten. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten mit einer entsprechenden Begleitbehandlung übertragen. An dieser Stelle ist jedoch kritisch anzumerken, dass in den Studien lediglich die für Chlorpromazin umgerechnete tägliche Dosis berichtet wird und genaue Angaben zur Arzneimittelgabe fehlen, wie u. a. eine Beschreibung der eingesetzten Wirkstoffe und die genaue Dosierung pro Wirkstoff. Somit kann nicht überprüft werden, ob sich die Arzneimittelgabe im Rahmen der deutschen Zulassung bewegte.

Des Weiteren ist zu beachten, dass der Hinweis auf einen Nutzen auf Studien beruht, deren Diagnosestellung anhand des chinesischen Klassifikationssystems „Chinese Classification of Mental Disorders“ (CCMD) kodiert wurde. Zheng [62] folgend wird eine ausreichend hohe Äquivalenz der diagnostischen Kriterien nach DSM und CCMD angenommen.

Weiterhin ist zu beachten, dass der Hinweis bzw. Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung gänzlich auf Studien mit schizophrenen Patienten basieren. Aus Studien, die Patientinnen mit einer bipolaren Störung untersuchten, konnte für keinen der Endpunkte ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie festgestellt werden.

4.10.7 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Hinsichtlich der Endpunkte Mortalität, Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik, Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau und unerwünschte Ereignisse sowie der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung oder es wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden getroffen, da keine entsprechenden Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen, hinsichtlich des Endpunkts allgemeines Funktionsniveau ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 2,5 Jahre sowie 2,5 Jahre. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung oder es wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden getroffen, da keine entsprechenden Daten vorliegen.

In der Gesamtschau lässt sich daher ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und affektiven psychotischen Störungen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen. In keinem der hier betrachteten Vergleiche lagen dabei Daten für die Endpunkte Mortalität und unerwünschte Ereignisse vor.

4.11 Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

4.11.1 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

In die Nutzenbewertung im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen gingen insgesamt 9 Studien zu 3 Vergleichen ein (davon 6 mit verwertbaren Ergebnissen): 1 Studie lieferte Ergebnisse zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie (Bennun 1988), 2 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung (Slesnick 2016 und Yandoli 2002) und 3 Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung (Feaster 2010, Stanton 1982, Ziegler-Driscoll 1977). Die Ergebnisse von 3 weiteren Studien (Karno 2002, Smock 2008 und Zweben 1998) basierten auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurden daher nicht berücksichtigt.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

In der Studie Bennun 1988 gibt es zwar keine Angaben zur genauen Diagnosestellung, die Behandlungsbedürftigkeit der Patienten lässt sich aber aus den Angaben der Studie erschließen, dass Familien mit einem Elternteil mit Alkoholkonsumstörung eingeschlossen und diese zur Behandlung an eine gemeindenahe Einrichtung überwiesen wurden. Alle Indexpatienten (IPs) waren vor Beginn der Studie schon in einer Beratung gewesen, empfanden aber weiteren Behandlungsbedarf wegen der Alkoholkonsumstörung. In der Studie wurden 16 Patienten auf eine systemische Familientherapie (orientiert am Mailänder Modell [37,63]) und eine Problemlösetherapie (basierend auf sozial-kognitiver Lerntheorie [64]) randomisiert. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand aus einer Psychotherapie, die einem der nach § 13 der PT-RL [1] anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapie) zugeordnet wird.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Die Studie Slesnick 2016 randomisierte 183 Patienten mit Substanzkonsumstörung auf einen systemischen Studienarm und einen Kontrollstudienarm. Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer ökologischen Familientherapie (basierend auf der sozial-ökologischen Perspektive nach Bronfenbrenner [65]). Im Kontrollstudienarm wurde ein Gesundheitstraining durchgeführt.

Die Studie Yandoli 2002 schloss Patienten mit Opioidkonsumstörung ein, welche zusätzlich an einem Methadonentzugsprogramm teilnahmen. Es wurden 119 Patienten auf 3 Studienarme randomisiert: Die Behandlung in der Interventionsgruppe bestand aus einer strukturell-strategischen Familientherapie nach Stanton [66]. Die Kontrollbedingung klinische Routineversorgung bestand aus einer Beratung mit Informationen und Ratschlägen zum Substanzkonsum, die Kontrollbedingung geringer Kontakt – Behandlung aus einer einmaligen Informationsgabe über örtliche Unterstützungsangebote und Behandlungsprogramme.

Studien zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Die Studie Feaster 2010 schloss 126 Patientinnen mit Kokainkonsumstörung ein, welche zudem auch an HIV erkrankt waren. Die Behandlung im systemischen Studienarm bestand aus einer ökostrukturellen Familientherapie, die sich an Mitrani 2009 [67] orientierte. Die Behandlung im Kontrollstudienarm bestand aus einer HIV-bezogenen Gesundheitsgruppe (an Baker [68] orientiert), welche zur Kontrolle bekannter Wirkfaktoren einer Psychotherapie (wie Erwartungshaltung der Patienten) verwendet wurde.

Die Studie Stanton 1982 randomisierte 65 Patienten mit Opioidkonsumstörung auf 2 systemische Studienarme und einen Kontrollstudienarm. Die Behandlung in beiden systemischen Studienarmen bestand aus einer strukturell-strategischen Familientherapie (orientiert an Minuchin [51] und Haley [69]). Zusätzlich wurden in einem systemischen Studienarm die Patienten und die teilnehmenden Familienmitglieder finanziell für ihre Teilnahme belohnt. Die Behandlung im Kontrollstudienarm umfasste Filmvorführungen sowie eine finanzielle Belohnung für die Teilnahme.

Die Studie Ziegler-Driscoll 1977 randomisierte 49 Patienten mit Substanzkonsumstörung auf 2 systemische Studienarme und einen Kontrollstudienarm. Die Behandlung in beiden systemischen Studienarmen bestand aus einer strukturell-strategischen Familientherapie (orientiert an Minuchin [51] und Haley [69]). In einem Arm erhielten der IP und seine Familie Familientherapie, im anderen Arm erhielten lediglich die Familienmitglieder Familientherapie. Im Kontrollstudienarm waren die Patienten und ihre Angehörigen in keine Therapie eingebunden.

4.11.2 Übersicht der vorhandenen bewertungsrelevanten Endpunkte

Aus 5 Studien konnten Daten zu patientenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 30 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu patientenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien.

Tabelle 30: Matrix der Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen

Studie	**Endpunkte**													
	Mortalität	**Morbidität**												
			Symptomatik Substanzkonsum									**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
	Gesamtmortalität	**Teilremission Substanz-/ Opioidkonsumstörung**	**Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)**			
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie														
Bennun 1988	–	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung														
Slesnick 2016	–	–	●	●	●	●	●	●	●	●	–	–	–	–
Yandoli 2002	●	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung														
Feaster 2010	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–	–	–
Stanton 1982	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ziegler-Driscoll 1977	–	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert; ●: Daten extrahiert

4.11.3 Bewertung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene

Das Verzerrungspotenzial auf Studienebene wird für alle Studien (Bennun 1988, Slesnick 2016, Yandoli 2002, Feaster 2010, Stanton 1982 und Ziegler-Driscoll 1977) als hoch eingestuft. In allen Studien blieb die Verdeckung der Gruppenzuteilung unklar. Zudem wird für alle Studien die Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen als nicht gegeben bewertet. In 5 Studien wird des Weiteren die Angemessenheit der Erzeugung der Randomisierungssequenz als unklar bewertet.

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu allen Endpunkten wird für alle Studien als hoch bewertet, da sich das hohe Verzerrungspotenzial auf Studienebene auf das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene überträgt.

4.11.4 Ergebnisse zu patientenrelevanten Endpunkten

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der 6 eingeschlossenen Studien mit verwertbaren Daten für alle patientenrelevanten Endpunkte und Auswertungszeitpunkte getrennt nach Vergleich gibt Tabelle 31.

Tabelle 31: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen getrennt nach Vergleich

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Mortalität			
Gesamtmortalität			
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
3 Jahre	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
5 Jahre	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Morbidität			
Teilremission Substanz- / Opioidkonsumstörung			
4–6 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
6 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie: OR = 3,23, 95 %-KI = [1,38; 7,57], p < 0,001 (Einzelstudie)	keine Daten
1 Jahr	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Substanzkonsum			
Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)			
18 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)			
18 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)			
18 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)			
18 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)			
18 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber hinsichtlich der klinischen Relevanz nicht beurteilbarer Effekt (Einzelstudie)[a]	keine Daten

(Fortsetzung)

Tabelle 31: Überblick über die Ergebnisse für alle patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen getrennt nach Vergleich (Fortsetzung)

Patienten-relevanter Endpunkt / Auswertungs-zeitpunkt	**Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie**	**Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung**	**Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung**
Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)			
18 Monate	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten
Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)			
18 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber hinsichtlich der klinischen Relevanz nicht beurteilbarer Effekt (Einzelstudie)[a]	keine Daten
Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)			
6 Monate	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)	keine Daten	keine Daten
18 Monate	keine Daten	statistisch signifikanter, aber hinsichtlich der klinischen Relevanz nicht beurteilbarer Effekt (Einzelstudie)[a]	keine Daten
Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)			
4 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
8 Monate	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
1 Jahr	keine Daten	keine Daten	kein statistisch signifikanter Unterschied (Einzelstudie)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität			
	keine Daten		
Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit			
	keine Daten		
Unerwünschte Ereignisse			
	keine Daten		

a: Eine Bewertung der klinischen Relevanz der Effekte konnte aufgrund fehlender Angaben der Studienpublikation nicht erfolgen.
KI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio

4.11.4.1 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Symptomatik Substanzkonsum** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie feststellen.

Für die weiteren Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

4.11.4.2 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Hinsichtlich des Endpunkts **Teilremission Opioidkonsumstörung** ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung. Dieser beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 6 Monate.

Hinsichtlich des Endpunkts **Gesamtmortalität** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung.

Hinsichtlich der Endpunkte **Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz), Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz), Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz), Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz), Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad), Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad), Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)** und **Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Symptomatik Substanzkonsum** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung feststellen.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

4.11.4.3 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunkte **Gesamtmortalität und Teilremission Substanzkonsumstörung** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung.

Hinsichtlich des Endpunkts **Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)** ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie. Damit lässt sich hinsichtlich der Endpunktkategorie **Symptomatik Substanzkonsum** kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung feststellen.

Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen, da für diese Endpunkte keine Daten oder verwertbaren Ergebnisse vorliegen.

4.11.5 Studien unklarer Relevanz

Im Rahmen der Studienregisterrecherche wurde für den Störungsbereich Substanzkonsumstörung 1 Studie identifiziert, aus der derzeit noch keine Ergebnisse verfügbar.

Die RCT „Youth Drug Abuse Family and Cognitive-Behavioral Therapy“ (NCT00198874) [70] schließt 296 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 13 und 21 Jahren mit einer Substanzkonsumstörung ein. Die Studie vergleicht die Interventionen systemische Therapie, Verhaltenstherapie, integrierte Verhaltens- und systemische Therapie und Psychoedukationen unter anderem hinsichtlich des Substanzkonsums. Als Enddatum für die Rekrutierung wird im entsprechenden Studienregistereintrag Juni 2010, als intendierter Studienabschluss Dezember 2011 angegeben. Als Erhebungszeiträume werden 3, 6 und 9 Monate sowie 1 und 1,5 Jahre angegeben. Den Angaben des Studienregistereintrags zufolge ist die untersuchte systemische Therapie familientherapeutisch ausgerichtet. Für diese Studie wurde eine Autorenanfrage bezüglich verwertbarer Daten beziehungsweise einer Ergebnispublikation sowie der Altersverteilung der Studienpopulation gestellt, die jedoch unbeantwortet blieb.

4.11.6 Landkarte der Beleglage

Die folgende Tabelle 32 zeigt die Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte.

Tabelle 32: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte des Störungsbereichs Substanzkonsumstörungen

Mortalität	**Morbidität**				
Gesamtmortalität	**Teilremission Substanz-/ Opioidkonsumstörung**	**Symptomatik Substanzkonsum**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	**Unerwünschte Ereignisse**
Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie					
–	–	⇔	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung					
⇔	⇗[a]	⇔	–	–	–
Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung					
⇔	⇔	⇔	–	–	–

a: Anhaltspunkt beruht auf Studienergebnissen zu dem Auswertungszeitpunkt 6 Monate.
⇗: Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
–: keine verwertbaren Daten berichtet

4.11.7 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Zur Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass der Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung auf einer Studie basiert, die Personen mit Opioidkonsumstörung in einem Methadonentzugsprogramm einschloss. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur auf Patienten in einem solchen Programm übertragen.

Bezüglich des Anhaltspunkts hinsichtlich des Endpunkts Teilremission Opioidkonsumstörung ist weiterhin zu beachten, dass dieser auf den Auswertungen nach 6 Monaten basiert. Die Ergebnisse der Studie zeigten nach 1 Jahr keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.

Es ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass die Studie Slesnick 2016 lediglich Auswertungen für die gesamte Studienpopulation von Patienten mit einer Substanzkonsumstörung und keine getrennten Analysen für einzelne Störungen wie Alkohol- oder Opioidkonsumstörung bietet. Somit sind die berichteten Endpunkte der Studie nicht primär als Kriteriensymptome einer bestimmten Konsumstörung zu bewerten; ihre Patientenrelevanz ergibt sich aus der Berücksichtigung von potenziellen Suchtverlagerungen, das heißt von Verlagerungen der Konsumstörung von der originären Substanz auf eine andere Substanz.

Infolgedessen werden die Endpunkte zur Symptomatik Substanzkonsum (Abstinenz) der Studie Slesnick 2016 nicht als Endpunkte zur Teilremission Substanzkonsum verstanden: Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass bspw. der Verzicht auf Alkoholkonsum dem Wegfall des Kriteriensymptoms Konsum von Alkohol in größeren Mengen im Sinne des DSM-5 entspricht, da dieses Kriteriensymptom nur für Patienten mit einer Alkoholkonsumstörung und nicht für die gesamte Studienpopulation gilt.

Zuletzt ist zu beachten, dass die Zuordnung der Kontrollintervention der Studie Bennun 1988 zu einem der nach § 13 der PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren (Richtlinientherapien) [1] mit Unsicherheit behaftet ist, da unklar ist, ob das hier zugrunde liegende Verständnis von Richtlinientherapie dem Verständnis gemäß PT-RL entspricht.

4.11.8 Fazit

Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Hinsichtlich der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen.

Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Hinsichtlich des Endpunkts Gesamtmortalität ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung. Hinsichtlich des Endpunkts Teilremission Opioidkonsumstörung ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate. Hinsichtlich der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator Beratung und Informationsvermittlung. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie getroffen.

Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Hinsichtlich der Endpunkte Gesamtmortalität und Teilremission Substanzkonsumstörung sowie der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung. Hinsichtlich der übrigen Endpunkte wird aufgrund fehlender Daten keine Aussage über einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung getroffen.

In der Gesamtschau lässt sich daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung feststellen. In keinem der hier betrachteten Vergleiche lagen dabei Daten für die Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie unerwünschte Ereignisse vor.

4.12 Zusammenfassende Einordnung des Arbeitsergebnisses zu unerwünschten Ereignissen und zur Aussagesicherheit der Nutzenbewertung

Generell ist der Umgang mit unerwünschten Ereignissen bzw. Nebenwirkungen ein aktuelles Thema der Psychotherapieforschung [71]. In Übersichtsarbeiten wird darauf hingewiesen, dass eine systematische Erfassung und Darstellung solcherart Ereignisse in der psychotherapeutischen Literatur nicht zu erkennen sei [72,73]: Nur eine Minderheit der Studien berichtet explizit über unerwünschte Ereignisse, was auch das Ergebnis des vorliegenden Berichts widerspiegelt: Aufgrund fehlender Daten konnten keine Aussagen zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse gemacht werden.

Die genannten Übersichtsarbeiten führen den mangelnden Umgang der Studien mit unerwünschten Ereignissen darauf zurück, dass deren Erfassung – anders als im Bereich der Arzneimittelstudien – nicht vorgeschrieben ist und es derzeit keine einheitliche Definition und Klassifikation gibt (bspw. [74,75]). Unerwünschte Ereignisse lassen sich verschiedenen Konzeptionen zu Folge 4 Themenbereichen zuordnen: Zuvorderst umfassen unerwünschte Ereignisse solche unerwarteten Ereignisse, die nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit der Behandlung stehen. Zweitens werden unerwünschte Ereignisse als Verschlechterung oder Fortdauern bestehender Symptome und als Entstehung neuer Symptome diskutiert. Drittens werden negative Auswirkungen der Therapie auf das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut und besonders zwischen Patient und seinem Arbeits-, Familien- und sozialem Kontext als unerwünschtes Ereignis gezählt. Als vierter Bereich unerwünschter Ereignisse sind Therapie- und Behandlungsfehler (z. B. bei falscher Diagnose oder unethischem Verhalten) zu zählen.

Vor dem Hintergrund dieser Klassifizierung gilt es das Fehlen von expliziten Daten zu unerwünschten Ereignissen im vorliegenden Bericht einzuordnen und in seiner Relevanz zu bewerten: Mögliche Verschlechterungen oder das Fortdauern von Symptomen können im vorliegenden Bericht über Endpunkte der Morbiditätssymptomatik abgebildet werden. Diese wurden in allen berücksichtigten Studien berichtet. Potenziell negative Auswirkungen der Therapie auf den Arbeits-, Familien- oder sozialen Kontext eines Patienten können im vorliegenden Bericht anteilig über Endpunkte des allgemeinen und sozialen Funktionsniveaus abgebildet werden. Diesbezügliche Daten aus 11 eingeschlossenen Studien sind im Bericht erfasst. Die Themenbereiche Therapie- und Behandlungsfehler sowie unerwartete Ereignisse wurden in keiner der Studien adressiert und können somit im vorliegenden Bericht nicht bewertet werden.

Auf Basis der in den Studien berichteten Daten ist somit insgesamt nur eine lückenhafte Einschätzung zu unerwünschten Ereignissen möglich: Zum Themenbereich Verschlechterung oder Fortdauern bestehender Symptome deuten die Daten der berücksichtigten Studien darauf hin, dass Patienten der systemischen Therapie zumindest im Mittel keine Verschlechterung der Krankheitssymptomatik erfahren. Auch die Daten der berücksichtigten Studien zum Themenbereich negativer Auswirkungen auf den Arbeits-, Familien- oder sozialen Kontext

eines Patienten lassen im Mittel keine Verschlechterungen erkennen. Mit Blick auf die Themenbereiche Therapie- und Behandlungsfehler wie auch unerwartete Ereignisse sind aufgrund fehlender Daten keine Aussagen möglich. An dieser Stelle ist es nicht möglich abzuschätzen, inwieweit hier solcherart unerwünschte Ereignisse auftraten.

Insgesamt fehlt dem gesamten Feld psychotherapeutischer Forschung eine stärkere Beschäftigung mit dem Thema der unerwünschten Ereignisse und es ist die Einhaltung von international anerkannten Forschungsstandards zu fordern, wie sie bspw. in den Grundsätzen der Guten Klinischen Praxis (good clinical practice; [76]) zur Planung, Durchführung, Dokumentation und Berichterstattung von klinischen Studien am Menschen aufgestellt sind.

Jedoch sind nicht nur mit Blick auf die systematische Erfassung und Berichterstattung von unerwünschten Ereignissen dringliche Verbesserungen notwendig: Generell scheinen insbesondere psychologische und sozialwissenschaftliche Publikationen die Empfehlungen zur Berichterstattung (bspw. CONSORT-Statement [77]) nur anteilig zu erfüllen: Informationen zur Verblindung, Generierung der Randomisierungssequenz oder zu unerwünschten Ereignissen werden nur in wenigen Publikationen in ausreichendem Maße berichtet ([78]; siehe auch Abschnitt A4.2.3 für eine Diskussion zu einem möglichen Publikationsbias). Dieses generelle Ergebnis spiegelt sich auch in den Studien des vorliegenden Berichts wider: Insgesamt nur 4 der in den Bericht eingeschlossenen 42 Studien waren derart hochwertig konzipiert und umfassend berichtet, dass deren Verzerrungspotenzial auf Studienebene als gering eingeschätzt wurde. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass im vorliegenden Bericht keine Aussagen zur Beleglage mit der höchsten Aussagesicherheit (Beleg) sowie nur in wenigen Fällen Aussagen mit einer mittleren Aussagesicherheit (Hinweis) möglich waren, sondern überwiegend Aussagen mit der schwächsten Aussagesicherheit (Anhaltspunkt) getroffen wurden. Dies heißt, an diesen Stellen fehlt den Nutzenaussagen eine Absicherung bspw. durch eine hochwertige, prospektiv registrierte Studie. Insofern ist es bei den ermittelten Anhaltspunkten für einen Nutzen nicht unwahrscheinlich, dass eine hochwertig konzipierte Wiederholung den dort ermittelten Anhaltspunkt nicht replizieren könnte.

5 Gesamtfazit

Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen

In der Gesamtschau von 4 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen ergeben sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung, ein Hinweis auf einen Nutzen im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung sowie ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen im Vergleich zu einer psychodynamischen Langzeittherapie.

Störungsbereich Demenz

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Demenz ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich depressive Störungen

In der Gesamtschau von 6 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich depressive Störungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie, zur Beratung und Informationsvermittlung sowie zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Essstörungen

In der Gesamtschau von 3 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Essstörungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zur Beratung und Informationsvermittlung bei Patientinnen.

Störungsbereich gemischte Störungen

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich gemischte Störungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie bei Patientinnen.

Störungsbereich körperliche Erkrankungen

In der Gesamtschau von 9 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich körperliche Erkrankungen ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer anderen Psychotherapie und zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

In der Gesamtschau von 1 Studie mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer Richtlinientherapie.

Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

In der Gesamtschau von 5 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ergibt sich ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.

Störungsbereich Substanzkonsumstörungen

In der Gesamtschau von 6 Studien mit verwertbaren Daten im Störungsbereich Substanzkonsumstörungen ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zur Beratung und Informationsvermittlung.

Datengrundlage der Nutzenaussagen

Die Nutzenaussagen in den Störungsbereichen Angststörungen und Zwangsstörungen, gemischte Störungen, körperliche Erkrankungen sowie Substanzkonsumstörungen beruhen auf Endpunkten zur psychischen Symptomatik.

Die Nutzenaussagen in den Störungsbereichen depressive Störungen, Essstörungen sowie Schizophrenie und affektive psychotische Störungen beruhen auf Endpunkten zur psychischen Symptomatik sowie zum allgemeinen und sozialen Funktionsniveau.

In den Störungsbereichen depressive Störungen und körperliche Erkrankungen beruhen die Nutzenaussagen darüber hinaus zum Teil auf den Endpunkten gesundheitsbezogene Lebensqualität (depressive Störungen) und Überleben (körperliche Erkrankungen).

Nur in 5 Störungsbereichen gibt es verwertbare Daten zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau. Nur in 4 Störungsbereichen gibt es verwertbare Daten zu den Endpunkten Mortalität und gesundheitsbezogene Lebensqualität. In keinem Störungsbereich gibt es verwertbare Daten zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse, sodass eine Gesamtabwägung zum Nutzen und Schaden nicht möglich ist.

Details des Berichts

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Schreiben vom 25.08.2014 das IQWiG mit der Bewertung der systemischen Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts sind externe Sachverständige eingebunden.

Während der Erstellung des Berichtsplans wurden am 27.11.2014 Patientenvertreter der Deutschen DepressionsLiga e. V., der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V. unter anderem zur Diskussion von patientenrelevanten Zielgrößen und relevanten Subgruppen konsultiert.

Der vorläufige Berichtsplan in der Version 1.0 vom 18.02.2015 wurde am 26.02.2015 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 26.03.2015 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Unklare Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen zum vorläufigen Berichtsplan wurden am 27.05.2015 in einer wissenschaftlichen Erörterung mit den Stellungnehmenden diskutiert. Die Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Im Anschluss an die Anhörung wurde ein überarbeiteter Berichtsplan (Version 1.0 vom 28.07.2015) publiziert.

Die vorläufige Bewertung, der Vorbericht in der Version 1.0 vom 16.08.2016, wurde am 23.08.2016 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 20.09.2016 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Unklare Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen zum Vorbericht wurden am 08.11.2016 in einer wissenschaftlichen Erörterung mit den Stellungnehmenden diskutiert. Die in den Stellungnahmen vorgebrachten Argumente werden im Kapitel „Kommentare“ des vorliegenden Abschlussberichts gewürdigt.

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet die Änderungen, die sich aus der Anhörung ergeben haben.

Im Anschluss an die Anhörung erstellte das IQWiG den vorliegenden Abschlussbericht, der 8 Wochen nach Übermittlung an den G-BA auf der Website des IQWiG veröffentlicht wird. Die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen und das Protokoll der wissenschaftlichen Erörterung werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Vorbericht“ zeitgleich mit dem Abschlussbericht im Internet bereitgestellt.

A1.2 Dokumentation der Änderungen im Projektverlauf

Berichtsplan im Vergleich zum vorläufigen Berichtsplan

- Im Hintergrund des vorläufigen Berichtsplans wurden ein Hinweis auf alternative Definitionen der systemischen Therapie und entsprechende Quellen ergänzt. Für die Auflistung von Bereichen, in denen sich die theoretischen Grundannahmen und Kernmerkmale der systemischen Therapie erkennen lassen, wurden ebenfalls ein Hinweis auf weitere Beispiele und entsprechende Quellen aufgenommen (siehe Kapitel 1).
- In Abschnitt 4.1.1 des Berichtsplans wurde erläutert, dass psychische Störungen aus den Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5 oder aus anderen Klassifikationssystemen nur berücksichtigt werden, sofern sie sich mit Störungen nach ICD-10 oder DSM-5 weitgehend gleichsetzen lassen.
- Das in Abschnitt 4.1.2 des vorläufigen Berichtsplans beschriebene Vorgehen bei der Identifikation systemischer Interventionen wurde ergänzt: Im Falle von Interventionen, für die es in der Studienpublikation Anzeichen einer systemischen Therapie gibt, deren Zugehörigkeit zur systemischen Therapie jedoch weder anhand der einschlägigen Fachliteratur noch anhand der Studienpublikation erkennbar ist, wurde als zusätzlicher Prüfschritt die Sichtung von solchen Publikationen aufgenommen, die in der Studienpublikation an einschlägiger Stelle zitiert werden und eine Beschreibung der Intervention erwarten lassen. Im selben Abschnitt wurden zudem beim Verweis auf die einschlägige Fachliteratur für die Zusammenstellung systemischer Interventionen englischsprachige Quellen hinzugefügt.
- Der Umgang mit Publikationen in nicht europäischen Sprachen wurde modifiziert, um den Ressourceneinsatz bei der Sichtung entsprechender Datenbankeinträge zu begrenzen: In den Abschnitten 4.1.6 und 4.1.7 des Berichtsplans wurde als zusätzliches Einschlusskriterium aufgenommen, dass lediglich solche Publikationen eingeschlossen werden können, für die ein englischer Titel und / oder ein englischer Abstract vorhanden sind, aus denen die Relevanz der Studie hervorgeht.
- Die Bezeichnung für die in Abschnitt 4.2.1 des vorläufigen Berichtsplans erwähnte „related citations“-Funktion hat sich in PubMed geändert und wurde dementsprechend durch die neue Bezeichnung „Similar articles“-Funktion ersetzt.
- Um relevante Studien in chinesischer Sprache aufzufinden, die möglicherweise nicht in allgemeinen bibliografischen Datenbanken wie MEDLINE oder Embase erfasst sind, wurde in Abschnitt 4.2.1 des Berichtsplans die Möglichkeit einer Suche in chinesischen Datenbanken aufgenommen: Eine zusätzliche Suche in chinesischen Datenbanken wird in Erwägung gezogen für den Fall, dass sich im Rahmen der Informationsbeschaffung des Berichtes relevante RCTs in chinesischer Sprache zum Thema finden.
- Darüber hinaus wurde die in Abschnitt 4.2.2.1 des vorläufigen Berichtsplans beschriebene Sichtung systematischer Übersichten hinsichtlich weiterer relevanter Publikationen bzw. Studien spezifiziert als Sichtung relevanter systematischer Übersichten in deutscher oder englischer Sprache.

- Im Vergleich zum vorläufigen Berichtsplan ergaben sich im Berichtsplan darüber hinaus redaktionelle Änderungen.

Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan

Etwaige methodische Spezifizierungen und Änderungen werden in Abschnitt A2.2 beschrieben.

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Änderungen:

- Verzicht auf die Suche in chinesischen Datenbanken
- Verzicht auf die „cited by“-Funktion in Google Scholar

Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

Etwaige methodische Spezifizierungen und Änderungen werden detailliert in Abschnitt A2.2 beschrieben.

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Änderungen:

- Die Studienpublikation Knekt 2011 [79] zur Studie Knekt 2004 berichtet Daten zu Ergebnissen der Endpunkte Vollremission Angst und Vollremission Depression zum Auswertungszeitpunkt 5 Jahre. Diese werden im Abschlussbericht berücksichtigt.
- Die Studie Rakowska 2011 berichtet Ergebnisse zu den Endpunkten Vollremission Angst, Symptomverbesserung Angst und Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit jeweils für Patienten mit einer Angststörung und für Patienten mit einer Angststörung und einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Im Abschlussbericht werden diese als Subgruppenergebnisse im Rahmen von Subgruppenanalysen berücksichtigt.
- Es erfolgte eine Anpassung der Suchstrategie in bibliografischen Datenbanken.

A2 Details der Methoden

A2.1 Methodik gemäß Berichtsplan

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

A2.1.1.1 Population

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bilden erwachsene Personen mit einer psychischen Störung.

Es werden jene psychischen Störungen betrachtet, die in den diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 geführt werden. Um vom Bestehen einer dieser Störungen ausgehen zu können, muss eine valide Diagnosestellung berichtet worden sein oder es müssen andere Angaben gemacht werden, die ausreichend sicher darauf schließen lassen, dass eine in der ICD-10 oder im DSM-5 klassifizierte psychische Störung vorliegt. Psychische Störungen, die Bestandteil der Vorgängerversionen von ICD-10 und DSM-5 oder alternativer Klassifikationssysteme sind, werden somit berücksichtigt, sofern sie sich weitgehend gleichsetzen lassen mit Störungen nach ICD-10 oder DSM-5.

Hinsichtlich der Auswahl psychischer Störungen bestehen keine Einschränkungen, die Nutzenbewertung der systemischen Therapie erfolgt jedoch störungsspezifisch.

A2.1.1.2 Prüf- und Vergleichsintervention

Prüfintervention ist eine psychotherapeutische Intervention, die dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen ist. Die Festlegung, welche Interventionen dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen sind, erfolgt auf Basis einer möglichst umfassenden Übersicht über als systemisch betrachtete Behandlungsansätze und -techniken in Form einer bereits vorliegenden Zusammenstellung aus der einschlägigen Fachliteratur [8-10,13,80-85]. Falls keine umfassende Übersicht identifiziert werden kann, wird auf Basis der einschlägigen Fachliteratur eine solche erstellt beziehungsweise es werden bereits vorliegende Übersichten zusammengeführt und gegebenenfalls erweitert.

Um eine konkrete Studienintervention dem Verfahren der systemischen Therapie zuzuordnen, muss anhand der Interventionsbezeichnung oder einer Beschreibung der Studienintervention erkennbar sein, dass es sich um eine in dieser Übersicht gelistete Intervention handelt. Interventionen, die anhand der Übersicht nicht eindeutig als systemische oder nicht systemische Intervention eingeordnet werden können (z. B. anhand einer verfahrensübergreifenden Liste psychotherapeutischer Interventionen), werden der systemischen Therapie dann zugerechnet, wenn die Studienpublikation eine Beschreibung

- der theoretischen Grundannahmen, der Vorgehensweise, des Wirkprinzips oder Ziels der Intervention,
- des zugrunde gelegten Störungsmodells,

- von Konzepten zur Indikationsstellung,
- von allgemeinen Aspekten des Therapeutenverhaltens (einschließlich der therapeutischen Grundhaltung und Beziehungsgestaltung) oder
- von allgemeinen Aspekten der Behandlungsplanung

enthält, aus der eindeutig hervorgeht, dass es sich um ein systemisches Verfahren handelt. Geht weder aus der Studienpublikation noch aus der Fachliteratur die Zugehörigkeit einer Intervention zur systemischen Therapie hervor, wird eine in der Studienpublikation an einschlägiger Stelle zitierte Publikation, die eine Charakterisierung der Intervention erwarten lässt (zum Beispiel Interventionsmanuale), nur dann gesichtet, wenn es Anzeichen dafür gibt, dass es sich bei der Studienintervention um eine systemische Therapie handeln könnte.

Ist die Prüfintervention zusammengesetzt aus systemischen und nicht eindeutig systemischen Komponenten, so muss ersichtlich sein, dass die systemische Komponente den Schwerpunkt der Intervention bildet. Um eine Intervention dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen, reicht die Bezeichnung der Intervention als „systemisch“ oder als „Familientherapie“ für sich nicht aus.

Hinsichtlich der Vergleichsintervention bestehen keine Einschränkungen mit Ausnahme von Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zugeordnet werden können, sowie mit Ausnahme von medikamentösen Behandlungen mit für die jeweilige Indikation in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln.

Im Falle einer Kombinationsbehandlung aus systemischer Therapie und einer Begleittherapie muss Letztere sowohl Bestandteil der Prüf- als auch der Vergleichsintervention sein. Zudem muss auch die Art der Begleittherapie (im Falle einer pharmakologischen Begleittherapie z. B. bezüglich der Intensität und des Applikationsortes) zwischen den Behandlungsgruppen vergleichbar sein.

A2.1.1.3 Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte verwendet:

- Mortalität (inkl. Suizid),
- Morbidität: Symptome der jeweiligen psychischen Störung,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit,
- unerwünschte Ereignisse.

Subjektive Endpunkte (z. B. gesundheitsbezogene Lebensqualität) werden nur dann berücksichtigt, wenn sie mit validen Messinstrumenten (z. B. validierten Skalen) erfasst wurden.

A2.1.1.4 Studientypen

RCTs sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention.

Für alle unter Abschnitt A2.1.1.2 genannten Interventionen und alle unter Abschnitt A2.1.1.3 genannten Endpunkte ist eine Evaluation im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden Bericht werden daher ausschließlich RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

A2.1.1.5 Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer besteht keine Einschränkung.

A2.1.1.6 Publikationssprache

Publikationen in nicht europäischen Sprachen werden nur dann berücksichtigt, wenn ein englischsprachiger Titel und / oder Abstract zur Verfügung steht, aus denen die Relevanz der Studie hervorgeht.

A2.1.1.7 Tabellarische Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss

Die folgende Tabelle 33 zeigt die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Bewertung.

Tabelle 33: Übersicht über die Kriterien für den Studieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	erwachsene Personen mit einer psychischen Störung (siehe auch Abschnitt A2.1.1.1)
E2	Behandlung mit einer psychotherapeutischen Intervention, die dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen ist (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2)
E3	Hinsichtlich der Vergleichsintervention bestehen keine Einschränkungen mit Ausnahme von Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zugeordnet werden können, sowie mit Ausnahme von medikamentösen Behandlungen mit für die jeweilige Indikation in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln (siehe auch Abschnitt A2.1.1.2).
E4	patientenrelevante Endpunkte wie in Abschnitt A2.1.1.3 formuliert
E5	randomisierte kontrollierte Studie
E6	Vollpublikation verfügbar[a]
E7	keine Mehrfachpublikation ohne relevante Zusatzinformation
E8	Für Publikationen in nicht europäischen Sprachen gilt: Ein englischer Titel und / oder englischer Abstract dieser Publikation sind vorhanden, aus denen die Relevanz der Studie hervorgeht.

a: Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Studienbericht gemäß ICH E3 [86] oder ein Bericht über die Studie, der den Kriterien der CONSORT [77] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zu Studienmethodik und -ergebnissen nicht vertraulich sind.

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; ICH: International Conference on Harmonisation

A2.1.1.8 Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für das Einschlusskriterium E1 (Population) reicht es aus, wenn bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patienten dieses Kriterium erfüllt ist. Liegen für solche Studien entsprechende Subgruppenanalysen vor, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen das Einschlusskriterium E1 bei weniger als 80 % erfüllt ist, werden nur dann eingeschlossen, wenn entsprechende Subgruppenanalysen vorliegen.

Ebenfalls eingeschlossen werden Studien, die zu mindestens 80 % das Einschlusskriterium E2 erfüllen (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und zu mindestens 80 % das Einschlusskriterium E3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie).

A2.1.2 Informationsbeschaffung

A2.1.2.1 Bibliografische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche nach relevanten Studien wird in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Suche nach Primärstudien in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials (Clinical Trials)
- Suche nach relevanten systematischen Übersichten in den Datenbanken MEDLINE, Embase und PsycINFO parallel zur Suche nach relevanter Primärliteratur sowie mittels Suche in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews), Database of Abstracts of Reviews of Effects (Other Reviews) und Health Technology Assessment Database (Technology Assessments)
- Anschließend wird die „Similar articles"-Funktion in PubMed (berücksichtigt werden die ersten 20 Treffer), die „Times cited"-Funktion in Web of Science und die „cited by"-Funktion in Google Scholar (berücksichtigt werden maximal die ersten 100 Treffer) bei den als relevant bewerteten Publikationen angewendet.
- Sollten sich im Rahmen der Informationsbeschaffung des Berichtes relevante RCTs in chinesischer Sprache zum Thema finden, wird in Erwägung gezogen, zusätzlich in chinesischen Datenbanken wie beispielsweise in der „China National Knowledge Infrastructure" (CNKI) zu suchen.

A2.1.2.2 Weitere Suchquellen zur Identifikation von zusätzlichen publizierten und nicht publizierten Studien bzw. Informationen zu relevanten Studien

Neben der bibliografischen Literaturrecherche werden weitere Quellen herangezogen, um veröffentlichte und unveröffentlichte Studien zu ermitteln. Diese Rechercheergebnisse werden anschließend auf weitere relevante Studien und Studienunterlagen untersucht (siehe Abschnitt A2.1.2.3).

A2.1.2.2.1 Systematische Übersichten

Relevante systematische Übersichten in deutscher oder englischer Sprache werden hinsichtlich weiterer relevanter Publikationen bzw. Studien gesichtet.

A2.1.2.2.2 Öffentlich zugängliche Studienregister

Die folgenden öffentlich zugänglichen Studienregister werden durchsucht:

- U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov [online]. URL: http://www.clinicaltrials.gov
- World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal [online]. URL: http://apps.who.int/trialsearch
- European Medicines Agency. EU Clinical Trials Register [online]. URL: https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/search

A2.1.2.2.3 Durch den G-BA übermittelte Unterlagen

Die vom G-BA mit Auftragserteilung an das IQWiG weitergeleiteten Referenzen werden hinsichtlich weiterer relevanter Publikationen bzw. Studien gesichtet.

A2.1.2.2.4 Zusätzliche Informationen zu relevanten Studien aus Autorenanfragen

Es werden Anfragen an Autoren gestellt, falls Informationen, die einen relevanten Einfluss auf die Bewertung erwarten lassen, den vorliegenden Studiendokumenten nicht oder nur ungenau zu entnehmen sind.

A2.1.2.2.5 Informationen aus Anhörungen

Im Anschluss an die Veröffentlichung des vorläufigen Berichtsplans und des Vorberichts erfolgt eine Anhörung, die sich unter anderem auch auf in die Nutzenbewertung einzubeziehende Informationen beziehen kann. Relevante Informationen aus diesen Anhörungen werden im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigt.

A2.1.2.3 Selektion relevanter Studien

Selektion relevanter Publikationen aus den Ergebnissen der bibliografischen Literaturrecherche

Die durch die Suche in bibliografischen Datenbanken identifizierten und zu screenenden Treffer werden in einem ersten Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 33) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Publikationen werden in einem zweiten Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Reviewer unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst.

Selektion relevanter Studien aus weiteren Suchquellen

Informationen aus den folgenden Suchquellen werden von 2 Reviewern unabhängig voneinander auf ihre Relevanz bewertet:

- öffentlich zugängliche Studienregister
- durch den G-BA übermittelte Unterlagen

Informationen aus den folgenden Suchquellen werden von einem Reviewer auf Studien gesichtet, der diese dann auf ihre Relevanz bewertet; ein zweiter Reviewer überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen:

- im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan und zum Vorbericht eingereichte Informationen.

Die identifizierten relevanten systematischen Übersichten werden nach weiteren potenziell relevanten Studien durchsucht, deren Relevanz von 2 Reviewern unabhängig voneinander geprüft wird.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Reviewern aufgelöst.

A2.1.3 Informationsbewertung

Die Bewertung der Informationen der eingeschlossenen Studien hängt stark von den verfügbaren Angaben und der Qualität der jeweiligen Publikationen und weiterer Informationsquellen ab. Alle für die Nutzenbewertung relevanten Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Ergebnissicherheit, bestehend aus dem Verzerrungspotenzial und der Präzision der Ergebnisse, überprüft.

Datenextraktion

Alle für die Nutzenbewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert.

Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse wird für jede in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie bewertet, und zwar separat für jeden patientenrelevanten Endpunkt. Dazu werden insbesondere folgende endpunktübergreifende (A) und endpunktspezifische (B) Aspekte, die das Verzerrungspotenzial beeinflussen, systematisch extrahiert und bewertet:

A: Aspekte des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse auf Studienebene

- Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung des Patienten sowie der behandelnden Person
- ergebnisgesteuerte Berichterstattung

B: Aspekte des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse auf Endpunktebene

- Verblindung der Endpunkterheber
- Umsetzung des ITT-Prinzips
- ergebnisgesteuerte Berichterstattung

Das Verzerrungspotenzial wird als „niedrig“ oder „hoch“ eingestuft. Ein niedriges Verzerrungspotenzial liegt dann vor, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass die Ergebnisse relevant verzerrt sind. Unter einer relevanten Verzerrung ist zu verstehen, dass sich die Ergebnisse bei Behebung der verzerrenden Aspekte in ihrer Grundaussage verändern würden.

Für die Bewertung eines Endpunkts wird zunächst das Verzerrungspotenzial endpunktübergreifend anhand der unter (A) aufgeführten Aspekte als „niedrig“ oder „hoch“ eingestuft. Falls diese Einstufung als „hoch“ erfolgt, wird das Verzerrungspotenzial hinsichtlich des Endpunkts in der Regel auch als „hoch“ bewertet. Ansonsten finden die unter (B) genannten endpunktspezifischen Aspekte Berücksichtigung.

Eine Einstufung des Verzerrungspotenzials des Ergebnisses für einen Endpunkt als „hoch“ führt nicht zum Ausschluss aus der Nutzenbewertung. Die Klassifizierung dient vielmehr der Diskussion heterogener Studienergebnisse und beeinflusst die Sicherheit der Aussage.

A2.1.4 Informationssynthese und -analyse

Die Informationen werden einer Informationssynthese und -analyse unterzogen. Wenn möglich werden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die unten beschriebenen Werkzeuge eingesetzt. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgt darüber hinaus in jedem Fall.

A2.1.4.1 Zuordnung von Studien zu Störungsbereichen

Eine Studie wird jener psychischen Störung zugeordnet, die bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patienten die Hauptdiagnose oder den Schwerpunkt der psychischen Problematik bildet. Studien, in denen bei weniger als 80 % der eingeschlossenen Patienten eine Störung die Hauptdiagnose oder den Schwerpunkt der psychischen Problematik bildet und in denen keine entsprechenden Subgruppenanalysen vorliegen, werden keiner bestimmten Störung zugeordnet, sondern in einer eigenen Rubrik zusammengefasst.

A2.1.4.2 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien

Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten patientenrelevanten Endpunkten werden im Bericht vergleichend beschrieben.

In bestimmten Fällen werden einzelne Ergebnisse aus den Studien zu einem Endpunkt nicht dargestellt bzw. nicht in die Nutzenbewertung einbezogen. Dies trifft insbesondere zu, wenn viele Patienten nicht in der Auswertung enthalten sind. Ergebnisse fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Patienten basieren, das heißt, wenn der Anteil der Patienten ohne jegliche Berücksichtigung in der Auswertung (Nichtberücksichtigungsanteil) größer als 30 % ist. In der Literatur werden zum Teil bereits Nichtberücksichtigungsanteile größer als 20 % als nicht mehr aussagekräftig betrachtet [87].

Ausnahmen von dieser Regel können zum Beispiel dann gemacht werden, wenn aus logistischen Gründen für ganze Zentren (ganze Randomisierungsblöcke) keine Daten erhoben wurden und dies bereits bei der Studienplanung vorgesehen war [88].

Die Ergebnisse werden auch dann nicht in die Nutzenbewertung einbezogen, wenn der Unterschied der Nichtberücksichtigungsanteile zwischen den Gruppen größer als 15 Prozentpunkte ist.

A2.1.4.3 Metaanalysen

Sofern die Studien hinsichtlich der Fragestellung und relevanter Charakteristika vergleichbar sind, werden die Einzelergebnisse mithilfe von Metaanalysen quantitativ zusammengefasst.

Für die statistische Auswertung werden primär die Ergebnisse aus Intention-to-treat-Analysen, so wie sie in den vorliegenden Dokumenten beschrieben sind, verwendet. Die Metaanalysen erfolgen in der Regel auf Basis von Modellen mit zufälligen Effekten [89]. In begründeten Ausnahmefällen werden Modelle mit festen Effekten eingesetzt. Falls die für eine Metaanalyse notwendigen Schätzer für Lage und Streuung in den Studienunterlagen nicht vorliegen, werden diese nach Möglichkeit aus den vorhandenen Informationen eigenständig berechnet beziehungsweise näherungsweise bestimmt.

Für stetige Variablen wird die Mittelwertdifferenz, gegebenenfalls standardisiert mittels Hedges' g, als Effektmaß eingesetzt. Bei binären Variablen werden Metaanalysen primär anhand des Odds Ratios durchgeführt. In begründeten Ausnahmefällen kommen auch andere Effektmaße zum Einsatz. Bei kategorialen Variablen wird ein geeignetes Effektmaß in Abhängigkeit vom konkreten Endpunkt und von den verfügbaren Daten verwendet [90].

Die Effektschätzer und Konfidenzintervalle aus den Studien werden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Anschließend erfolgt die Einschätzung einer möglichen Heterogenität der Studienergebnisse anhand des Maßes I^2 und des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [91]. Ist die Heterogenität der Studienergebnisse nicht bedeutsam ($p \geq 0{,}2$ für Heterogenitätstest), wird der gemeinsame (gepoolte) Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Bei bedeutsamer Heterogenität werden die Ergebnisse nur in begründeten Ausnahmefällen gepoolt. Außerdem wird untersucht, welche Faktoren diese Heterogenität möglicherweise erklären könnten. Dazu zählen methodische Faktoren (siehe Abschnitt A2.1.4.4) und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren (siehe Abschnitt A2.1.4.5).

A2.1.4.4 Sensitivitätsanalysen

Zur Einschätzung der Robustheit der Ergebnisse sind Sensitivitätsanalysen hinsichtlich methodischer Faktoren geplant. Die methodischen Faktoren bilden sich aus den im Rahmen der Informationsbeschaffung und -bewertung getroffenen Entscheidungen, zum Beispiel der Festlegung von Cut-off-Werten für Erhebungszeitpunkte oder der Wahl des Effektmaßes. Insbesondere die Einstufung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse in die Kategorien „hoch“ und „niedrig“ wird für Sensitivitätsanalysen verwendet.

Das Ergebnis der Sensitivitätsanalysen kann die Sicherheit der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen beeinflussen. Ein als nicht robust eingestufter Effekt kann zum Beispiel dazu führen, dass nur ein Hinweis auf anstelle eines Belegs für einen Nutzen attestiert wird.

A2.1.4.5 Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen, untersucht. Dies können direkte Patientencharakteristika (Subgruppenmerkmale) sowie Spezifika der Behandlungen sein. Im Gegensatz zu den in Abschnitt A2.1.4.4 beschriebenen methodischen Faktoren für Sensitivitätsanalysen

besteht hier das Ziel, mögliche Effektunterschiede zwischen Patientengruppen und Behandlungsspezifika aufzudecken. Für einen Nachweis unterschiedlicher Effekte ist die auf einem Homogenitäts- bzw. Interaktionstest basierende statistische Signifikanz Voraussetzung. In die Untersuchung von Effektmodifikatoren werden die vorliegenden Ergebnisse aus Regressionsanalysen, die Interaktionsterme beinhalten, und aus Subgruppenanalysen einbezogen. Außerdem erfolgen eigene Analysen in Form von Metaregressionen oder Metaanalysen unter Kategorisierung der Studien bezüglich der möglichen Effektmodifikatoren. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Charakteristika des Patienten (z. B. Geschlecht, Alter, Schweregrad der Erkrankung)
- Charakteristika der Therapie (z. B. Dauer und Anzahl der Sitzungen, Qualifikation der Therapeuten)
- Art der Diagnosestellung

Sollten sich aus den verfügbaren Informationen weitere mögliche Effektmodifikatoren ergeben, können diese ebenfalls begründet einbezogen werden.

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt gegebenenfalls eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Beispielsweise kann der Beleg eines Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Patienten eingeschränkt werden.

A2.2 Spezifizierungen und Änderungen der Methodik

Spezifizierungen der Methoden im Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan

- Bei Studien mit jugendlichen und erwachsenen Patienten ohne entsprechende Subgruppenanalysen wurde zur Überprüfung des Einschlusskriteriums E1 (erwachsene Personen mit einer psychischen Störung) der Anteil erwachsener Patienten auf Basis vorhandener Angaben (z. B. zu Mittelwert und Standardabweichung) mithilfe von Verteilungsannahmen (Normal- und Gleichverteilung) abgeschätzt.
- Sofern es mehrere Operationalisierungen zu einem Endpunkt gab, wurde eine Auswahl auf Basis methodischer und inhaltlicher Erwägungen getroffen. Die Auswahl orientierte sich daran, die validesten oder inhaltlich aussagekräftigsten Operationalisierungen zu verwenden, Ergebnisse für den gesamten Erhebungszeitraum zu berücksichtigen, eine metaanalytische Zusammenfassung zu ermöglichen sowie Operationalisierungen, die verschiedene Aspekte eines Konstrukts erfassen, beizubehalten. In gleichem Maße sollten Operationalisierungen, die dasselbe Konstrukt bzw. denselben Aspekt eines Konstrukts erfassen, nicht berücksichtigt werden.
- Bei Vorliegen mehrerer Auswertungszeitpunkte in einer Studie wurde eine überschaubare Anzahl von Zeitpunkten (maximal 4) ausgewählt mit dem Ziel, möglichst den gesamten Nachbeobachtungszeitraum, für den Ergebnisse zur Verfügung standen, abzubilden. Eine Beschränkung auf einzelne spezifische Zeitpunkte oder -korridore fand indes nicht statt.

Der Nutzen der systemischen Therapie konnte aus Kurzzeit- wie auch aus Langzeitdaten festgestellt werden.

- Des Weiteren wurde festgelegt, dass bei der Ableitung von Nutzenaussagen Zeitverläufe folgendermaßen Berücksichtigung finden: Ein Nutzen für einen Endpunkt ergibt sich nur, sofern sich innerhalb eines Vergleichs keine inkonsistenten Ergebnisse über die Zeit zeigten. Inkonsistente Ergebnisse liegen dann vor, wenn sich zu einem Zeitpunkt ein Nutzen zeigte, während zu einem anderen Zeitpunkt entweder ein geringerer Nutzen oder ein Schaden beobachtbar ist. Ein Nutzen zu einem Zeitpunkt neben einem nicht statistisch signifikanten Gruppenunterschied zu einem anderen Zeitpunkt stellte kein inkonsistentes Ergebnis dar.
- Wurde aus den Ergebnissen weder ein Anhaltspunkt noch ein Hinweis noch ein Beleg abgeleitet, erfolgte die Aussage, dass sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie fand.
- Die als relevant erachteten und berücksichtigten Morbiditätsendpunkte wurden wie folgt definiert:
  - Vollremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung ist kein Kriteriensymptom bzw. diagnostisches Kriterium einer psychischen Störung erfüllt
  - Teilremission: Zum Zeitpunkt der Erhebung sind nicht mehr alle Kriteriensymptome bzw. diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllt
  - Symptomverbesserung: Verbesserung der Ausprägung auf einer Symptomskala, ermittelt über
    - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um mindestens 50 % gegenüber dem Ausgangswert oder
    - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala im Sinne eines Über- oder Unterschreitens eines absoluten Skalenwertes (Cut-off) oder
    - Reduktion der Ausprägung auf einer Symptomskala um eine MID
  - Symptomatik: Ausprägung auf einer Symptomskala
- Die oben genannten Morbiditätsendpunkte wurden grundsätzlich als unterschiedliche Endpunkte betrachtet, die Informationen zu unterschiedlichen Sachverhalten liefern und somit den Nutzen der systemischen Therapie aufzeigen können. Eine Ausnahme betraf die Endpunkte Symptomverbesserung und Symptomatik: Ergebnisse zur Symptomatik wurden nur extrahiert und zur Nutzenbewertung verwendet, wenn innerhalb eines Vergleichs Ergebnisse in allen oder einem Teil der Studien nur zur Symptomatik, nicht jedoch zur Symptomverbesserung vorlagen oder wenn eine metaanalytische Zusammenfassung mit den Ergebnissen einer weiteren Studie möglich war. In diesen Fällen wurde anschließend eine zusammenfassende Bewertung beider Morbiditätsendpunkte vorgenommen.

- Die Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen orientierte sich an den sogenannten Anwendungsbereichen der PT-RL (vgl. § 22 der PT-RL [1]).
- Die Vergleichsinterventionen wurden im vorliegenden Bericht folgendermaßen klassifiziert:
  - Andere Psychotherapie: Diese Gruppe umfasst alle aktiven psychotherapeutischen Interventionen zur systematischen Beeinflussung von psychischen Störungen. Psychotherapeutische Interventionen, die sich der Verhaltenstherapie oder den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische Psychotherapie sowie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) zuordnen lassen, wurden in der vorliegenden Nutzenbewertung als Richtlinientherapie im Sinne der PT-RL [1] verstanden und als solche bezeichnet.
  - Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie: Diese Gruppe umfasst informierende und unterstützende Maßnahmen wie Psychoedukation oder Beratung (Counselling).
  - Keine Zusatzbehandlung: Diese Gruppe umfasst zumeist passive Interventionen ohne einen primären therapeutischen Zweck. Hierzu zählen bspw. Placebo-, Attention-Control- oder Wartelisten-Gruppen. Ebenfalls unter diese Rubrik fallen Vergleichsinterventionen, die als Sockeltherapie in Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung).
- Im Rahmen der Metaanalysen wurde bei Studien mit mehreren zusammenfassbaren systemischen Studienarmen bzw. zusammenfassbaren Kontrollstudienarmen die Anzahl an Patienten bzw. Ereignissen in den jeweiligen Studienarmen angepasst, um die mehrmalige Berücksichtigung von Daten zu vermeiden [92].
- Des Weiteren wurde der patientenrelevante Endpunkt Hospitalisierung berücksichtigt und ausgewertet.

Änderungen der Methoden im Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan

- Im Rahmen des Berichtsplans wurde in Erwägung gezogen, zusätzlich in chinesischen Datenbanken wie beispielsweise in der „China National Knowledge Infrastructure“ (CNKI) zu suchen, im Vorbericht wurde jedoch auf eine Suche in chinesischen Datenbanken verzichtet. Zu den Gründen für diese Entscheidung siehe Abschnitt A4.2.4.
- Im Vergleich zum Berichtsplan wurde auf die Treffer der Recherche mittels der „cited by“-Funktion von Google Scholar nachträglich verzichtet. Lediglich die Treffer der „Similar articles“-Funktion in PubMed und die „Times cited“-Funktion in Web of Sciences wurden berücksichtigt. Dies lag darin begründet, dass durch die „cited by“-Funktion von Google Scholar lediglich Referenzen ohne Abstract ermittelt wurden, sodass eine angemessene Bewertung der Referenzen auf Titel / Abstract-Ebene kaum möglich war. Die Referenzen aus Google Scholar enthielten zumeist nur Titelangaben und nicht

immer Autoren- und Quellenangaben. Dies erwies sich im Screeningprozess als nicht praktikabel (nahezu alle Referenzen hätten im Volltext bestellt werden müssen). Vor diesem Hintergrund wurde nach gründlicher Abwägung auf die Treffer dieser Recherche verzichtet. Für die Recherche mittels der „Similar articles“-Funktion in PubMed sowie der „Times cited“-Funktion in Web of Science wurden zudem nur die in der jeweiligen Datenbank indexierten Referenzen von potenziell relevanten Studien verwendet.

Spezifizierungen der Methoden im Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

An dieser Stelle erfolgt eine Erläuterung zu relevanten methodischen Punkten, die so im Berichtsplan bzw. im Vorbericht nicht beschrieben wurden.

- Für das Ziel einer Nutzenbewertung der systemischen Therapie ist die Zuordnung der jeweiligen Prüfinterventionen zur systemischen Therapie erforderlich. Die Festlegung, welche Interventionen dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen sind, erfolgt in einem mehrschrittigen Prozess, der im Folgenden skizziert wird:

  Bevor eine Publikation im Volltext vorliegt wird sie nur ausgeschlossen, sofern aus den Angaben des Titels oder Abstract ersichtlich ist, dass eines der Einschlusskriterien (siehe Abschnitt A2.1.1) verletzt ist. Mit Blick auf die Prüfintervention wird eine Publikation somit nur dann ausgeschlossen, wenn es konkrete Anzeichen dafür gibt, dass es sich um keine systemische Intervention handelt. Hierzu zählen zum Beispiel Angaben, dass die Prüfintervention aus einer Verhaltenstherapie oder einer rein pharmakologischen Therapie besteht. Jedoch begründen auf dieser Ebene unspezifische Bezeichnungen (bspw. Psychotherapie oder Gruppentherapie) keinen Studienausschluss, sofern sich diese nicht einem anderen Verfahren als der systemischen Therapie zuordnen lassen (bspw. Expositionstraining).

  Auf der Ebene des Volltextes wird anschließend überprüft, ob die beschriebenen Studieninterventionen in der einschlägigen Fachliteratur als eindeutig systemisch ausgewiesen werden und ob anhand der Studienpublikation erkennbar ist, dass sich die Intervention eindeutig der systemischen Therapie zuordnen lässt. Im Falle von Studienpublikationen, die auf eine systemische Therapie hindeuten, werden diese hinsichtlich zitierter Publikationen gesichtet, die eine Charakterisierung der Intervention erwarten lassen, sofern weder aus der Studienpublikation selbst noch aus der einschlägigen Fachliteratur die eindeutige Zugehörigkeit der Intervention zur systemischen Therapie hervorgeht.

  Die Kriterien für die Identifikation systemischer Interventionen umfassten hierbei u. a. für die systemische Therapie spezifische Konzeptualisierungen von Störungen (bspw. zur Rolle der Erkrankung innerhalb des Familiensystems) oder die Beschreibung von spezifisch systemischen Interventionen (bspw. lösungsfokussierten Interventionen mit Techniken wie Symptombeschreibung und Diskussion von Ausnahmen) sowie die Bezugnahme auf Theoriesysteme, die mit der systemischen Therapie verknüpft sind (bspw. Systemtheorie, narrativer Ansatz).

Letztendlich ausschlaggebend für die Bewertung einer Prüfintervention ist jedoch nicht ein einzelnes Kriterium, sondern das Gesamtbild aller Kriterien. Dieses muss für eine Zuordnung einer Prüfintervention zur systemischen Therapie als vorherrschend systemisch ersichtlich sein. Ist bspw. eine Prüfintervention zusammengesetzt aus systemischen und nicht eindeutig systemischen Komponenten, so muss für einen Einschluss der Studie die systemische Komponente den eindeutigen Schwerpunkt der Intervention bilden. So kann demzufolge die Angabe, dass in einer Prüfintervention für die systemische Therapie einschlägige Techniken Verwendung finden, noch nicht hinreichend für eine Zuordnung zur systemischen Therapie sein, sofern weitere Angaben der Publikation auf ein nicht systemisches Verfahren hinweisen.

- Die statistische Datenanalyse erfolgte mithilfe des Computerprogramms SAS, Version 9.3 und 9.4 [93].

Änderungen der Methoden im Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

Es wurde keine weitere Recherche mittels der „Similar articles“-Funktion in PubMed oder der „Times cited“-Funktion in Web of Science durchgeführt, da bei der Erstrecherche keine zusätzlichen Studien über diese Suchtechniken identifiziert werden konnten.

A3 Details der Ergebnisse

A3.1 Informationsbeschaffung

A3.1.1 Primäre Suchquellen

A3.1.1.1 Bibliografische Recherche

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss.

Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A7.1 und A7.2. Die letzte Suche fand am 17.08.2016 statt.

Die Zitate der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A6.3.

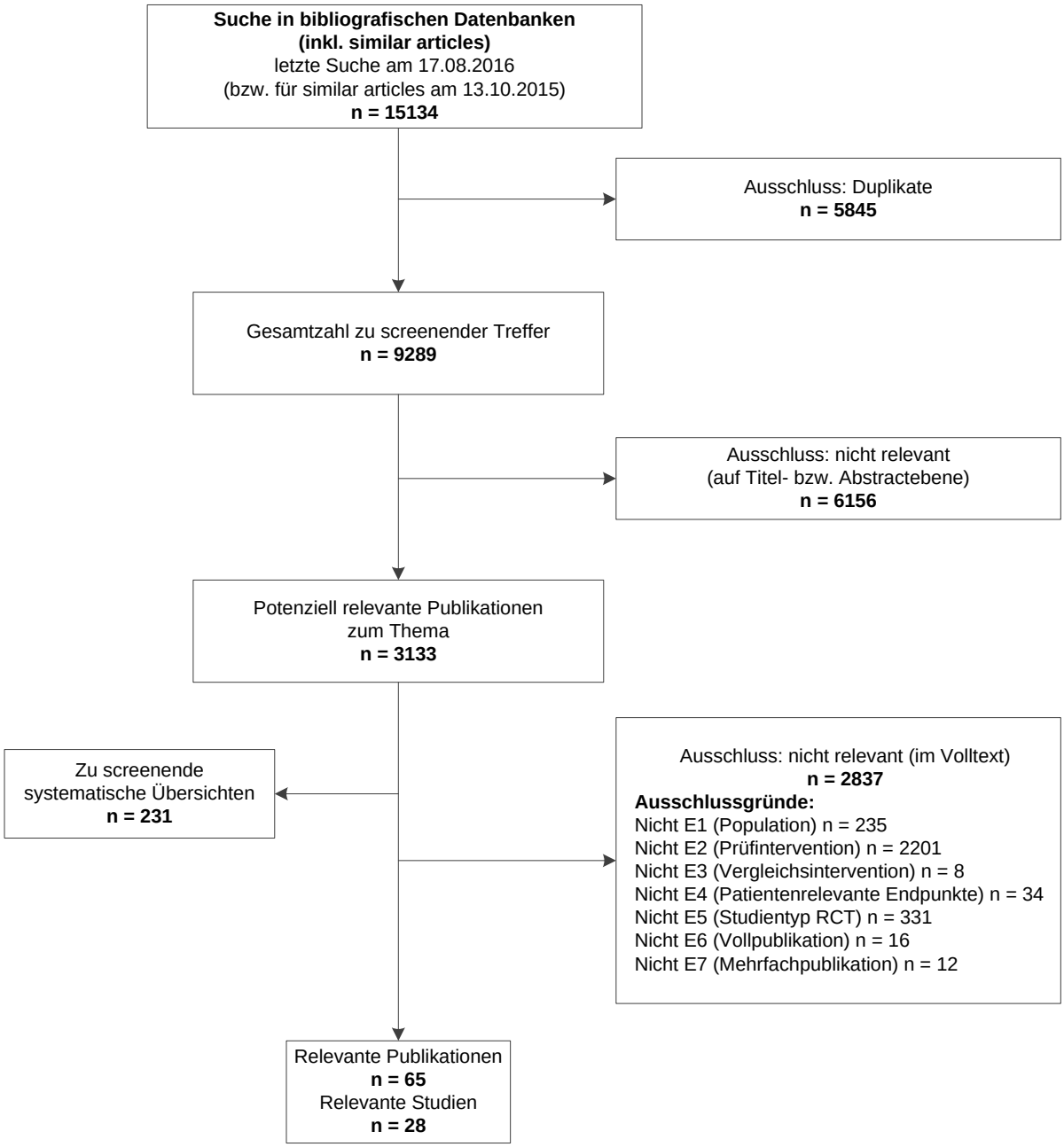


Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion

A3.1.1.2 Öffentlich zugängliche Studienregister

Durch die Suche in öffentlich zugänglichen Studienregistern wurden folgende relevante Studien identifiziert (Tabelle 34). Die Suchstrategien für die Suche in Studienregistern finden sich in Abschnitt A7.3. Die letzte Suche in öffentlich zugänglichen Studienregistern fand am 18.08.2016 statt.

Tabelle 34: In Studienregistern identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente

Studienregister ID	Studie	Studienregister	Ergebnisbericht in Studienregister vorhanden
NCT01096251	Castelnuovo 2011	ClinicalTrials.gov [94]	nein
NCT01576393	Slesnick 2016	ClinicalTrials.gov [95]	nein

Im Rahmen der Suche in öffentlich zugänglichen Studienregistern wurden folgende Studien unklarer Relevanz identifiziert (Tabelle 35). Eine Beschreibung der Studien erfolgt in den Abschnitten der einzelnen Störungsbereiche.

Tabelle 35: In Studienregistern identifizierte Studien unklarer Relevanz

Studienregister ID	Studie	Studienregister / verfügbares Dokument	Ergebnisbericht in Studienregister / Dokument vorhanden
ISRCTN25181390	Gothenburg anorexia nervosa treatment study	ISRCTN [96]	nein
NCT00198874	Youth Drug Abuse Family and Cognitive-Behavioral Therapy	ClinicalTrials.gov [70]	nein
ACTRN12605000181606	Counselling to reduce anxiety and depressive symptoms in women with a new diagnosis of gynaecological cancer	Australian New Zealand Clinical Trials Registry [97]	nein

A3.1.2 Weitere Suchquellen

Über weitere Suchquellen identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente werden nachfolgend nur dargestellt, wenn sie nicht bereits über die primären Suchquellen gefunden wurden.

A3.1.2.1 Systematische Übersichten

Im Rahmen der bibliografischen Recherche wurden insgesamt 231 systematische Übersichten identifiziert – die entsprechenden Zitate finden sich in Abschnitt A6.2. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Sichtung der mit Auftragserteilung an das IQWiG weitergeleiteten Unterlagen des G-BA 3 weitere relevante systematische Übersichten identifiziert – die entsprechenden Zitate finden sich in Abschnitt A6.2.

Daraus wurden folgende relevante Studien bzw. Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechercheschritte gefunden werden konnten (Tabelle 36).

Tabelle 36: In systematischen Übersichten identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente

Studie	Verfügbare Dokumente	Referenz
Bennun 1988	Bennun 1986	[98]
Betrando 2006	Betrando 2006	[99]
Cao 2007	Cao 2007	[100]
Ingersoll-Dayton 1999	Ingersoll-Dayton 1999	[101]
Karno 2002	Shoham 1998	[102]
Li 2010	Li 2010	[103]
Miller 2004	Gaudiano 2005	[104]
Russell 1987	Dare 1990 Szmukler 1991	[105] [106]
Seikkula 2013	Kuhlman 2013 Seikkula 2013	[107] [108]
Stanton 1982a	Stanton 1982b	[109]
Szapocznik 2004	Prado 2002	[110]
Wang 2011	Wang 2011	[111]
Wirsching 1989	Wirsching 1989	[112]
Zhang 2006	Zhang 2006a Zhang 2006b	[113] [114]
Zhou 2003	Zhou 2003	[115]
Ziegler-Driscoll 1977	Ziegler-Driscoll 1977	[116]

A3.1.2.2 Durch den G-BA übermittelte Dokumente

Im Rahmen der Auftragsbearbeitung wurden 501 Dokumente vom G-BA an das IQWiG weitergeleitet. Diese wurden auf Duplikate zur bibliografischen Recherche überprüft. Die im Rahmen der Volltextsichtung als nicht relevant ausgeschlossenen Dokumente finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A6.4.

Es wurden folgende relevante Studien bzw. Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechercheschritte gefunden werden konnten (Tabelle 37).

Tabelle 37: In Dokumenten vom G-BA identifizierte relevante Studien bzw. Dokumente

Studie	Verfügbare Dokumente	Referenz
Miller 2005	Beevers 2003	[117]
Feaster 2010	Feaster 2010a	[118]
Szapocznik 2004	Feaster 2010b	[119]
Saarijärvi 1991	Saarijärvi 1989	[55]
Stanton 1982	Stanton 1982a	[66]

A3.1.2.3 Anhörung

Im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan wurden keine zusätzlich relevanten Studien genannt. Im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht wurden die folgenden zusätzlich relevanten Studien sowie Studien unklarer Relevanz genannt (Tabelle 38).

Tabelle 38: Im Rahmen der Anhörung zum Vorbericht genannte relevante Studien bzw. Studien unklarer Relevanz

Studie	Verfügbare Dokumente	Referenz
Relevante Studien		
Priebe 2015	Priebe 2015	[120]
Slesnick 2016	Slesnick 2016	[121]
Studien unklarer Relevanz		
Hunger 2016	Hunger 2016	[23]

A3.1.2.4 Autorenanfragen

Für die vorliegende Bewertung wurden Autorenanfragen versendet. Zu den Studien Knekt 2004, ACTRN12605000181606, ISRCTN25181390 und Hunger 2016 gingen Antworten ein. Die Information aus der Antwort zu Knekt 2004 ist in die Studienbewertung eingeflossen. Eine Übersicht über die Autorenanfragen befindet sich in Tabelle 39.

Tabelle 39: Übersicht über Autorenanfragen

Studie	Inhalt der Anfrage	Antwort eingegangen ja / nein	Inhalt der Antwort
ACTRN-12605000181606	▪ Frage nach Daten bzw. einer Ergebnispublikation	ja	▪ bisher keine Daten publiziert
Davidsen 2013	▪ Frage nach der Prüfintervention, dem Alter der Patienten, den Endpunkten und Ergebnispublikationen	nein	▪ entfällt
ISRCTN25181390	▪ Frage nach Daten bzw. einer Ergebnispublikation	ja	▪ bisher keine Daten publiziert
Haddock 2016	▪ Frage nach der Diagnose der Studienteilnehmer bzw. Anteil diagnostizierter Studienteilnehmer	nein	▪ entfällt
Hunger 2016	▪ Frage nach einer Ergebnispublikation	ja	▪ bisher keine Daten publiziert
Knekt 2004	▪ Frage nach 7-Jahres-Daten	ja	▪ Verweis auf Publikation Knekt 2016 [122]
Madigan 2012	▪ Frage zur Randomisierungsprozedur und zur Zuteilung der Patienten zu den Behandlungsgruppen	nein	▪ entfällt
NCT00198874	▪ Frage nach Daten bzw. einer Ergebnispublikation sowie nach Altersverteilung der Studienpopulation	nein	▪ entfällt

A3.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Suchschritte konnten insgesamt 42 relevante Studien (93 Dokumente) identifiziert werden. Davon lieferte 1 Studie Daten zu 2 und 1 zu 3 Störungsbereichen (siehe auch Tabelle 40).

Tabelle 40: Studienpool der Nutzenbewertung

Studie	Verfügbare Dokumente		Darstellung der Ergebnisse
	Vollpublikation (in öffentlich zugänglichen Fachzeitschriften)	Studienregister	
Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen			
Knekt 2004	[79,122-138]	nein	ja
Li 2010	[103]	nein	ja
Rakowska 2011	[139]	nein	ja
Yang 2005	[140]	nein	ja
Störungsbereich Demenz			
Ingersoll-Dayton 1999	[101]	nein	ja
Störungsbereich depressive Störungen			
Fabbri 2007	[141]	nein	ja
Knekt 2004	[79,122-136]	nein	ja
Lemmens 2009	[142]	nein	ja
Miller 2005	[117,143,144]	nein	nein[a]
Rodriguez Vega 2011	[145]	nein	ja
Seikkula 2013	[107,108]	nein	ja
Wang 2011	[111]	nein	ja
Störungsbereich Essstörungen			
Castelnuovo 2011	[146,147]	[94]	ja
Dare 2001	[148]	nein	ja
Russell 1987	[105,106,149-151]	nein	ja
Störungsbereich gemischte Störungen			
Lau 2007	[152-154]	nein	ja
Störungsbereich körperliche Erkrankungen			
Arvand 2012	[155]	nein	ja
Cockburn 1997	[156]	nein	ja
Feaster 2010	[67,118,157-159]	nein	nein[a]
Priebe 2001	[160]	nein	ja
Rakowska 2015	[161]	nein	ja
Saarijärvi 1991	[55,162-164]	nein	ja
Shadick 2013	[165]	nein	ja
Szapocznik 2004	[110,119,166-168]	nein	ja
Vogelaar 2011	[59]	nein	nein[b]
Vogelaar 2014	[169]	nein	ja
Wirsching 1989	[112]	nein	ja
Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen			
Knekt 2004	[79,122-136]	nein	ja

(Fortsetzung)

Tabelle 40: Studienpool der Nutzenbewertung (Fortsetzung)

Studie	**Verfügbare Dokumente**		**Darstellung der Ergebnisse**
	Vollpublikation (in öffentlich zugänglichen Fachzeitschriften)	**Studienregister**	
Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen			
Bertrando 2006	[99]	nein	nein[c]
Bressi 2008	[170,171]	nein	nein[d]
Cao 2007	[100]	nein	ja
De Giacomo 1997	[172,173]	nein	nein[b]
Miller 2004	[104,174-177]	nein	ja
Priebe 2015	[120]	nein	ja
Zhang 2006	[113,114]	nein	ja
Zhou 2003	[115]	nein	ja
Störungsbereich Substanzkonsumstörungen			
Bennun 1988	[98,178]	nein	ja
Feaster 2010	[67,118,157-159]	nein	ja
Karno 2002	[102,179,180]	nein	nein[b]
Slesnick 2016	[121]	[95]	ja
Smock 2008	[181]	nein	nein[b]
Stanton 1982	[66,109]	nein	ja
Yandoli 2002	[182]	nein	ja
Ziegler-Driscoll 1977	[116]	nein	ja
Zweben 1988	[183]	nein	nein[b]

a: keine Ergebnisdarstellung aufgrund nicht verwertbarer Daten
b: keine Ergebnisdarstellung, da weniger als 70 % der randomisierten Patienten ausgewertet wurden
c: keine Ergebnisdarstellung, da sich der Anteil fehlender Werte zwischen den Studienarmen um mehr als 15 % unterscheidet
d: keine Ergebnisdarstellung aufgrund erheblicher Diskrepanzen zwischen den Studienpublikationen

Tabelle 41: Anzahl der eingeschlossenen Studien pro Störungsbereich sowie der Studien mit verwertbaren Daten pro Störungsbereich und Vergleich

Störungsbereich	**Anzahl eingeschlossener Studien**	**Anzahl der Studien mit verwertbaren Daten**	**Anzahl der Studien mit verwertbaren Daten zum Vergleich systemische Therapie vs.**		
			Andere Psychotherapie (davon Richt-linientherapie)	**Beratung und Informations-vermittlung**	**Keine Zusatz-behandlung**
Angst- und Zwangsstörungen	4	4	1 (1)	1	2
Demenz	1	1	0	0	1
depressive Störungen	7	6	2 (2)	2	2
Essstörungen	3	3	3 (2)	1	0
gemischte Störungen	1	1	1 (1)	0	0
körperliche Erkrankungen	11	9	1 (0)	0	9
Persönlichkeitsstörungen	1	1	1 (1)	0	0
Schizophrenie und affektive psychotische Störungen	8	5	0	1	5
Substanzkonsumstörungen	9	6	1 (1)	2	3

A3.2 Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in den Studien angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 42: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Knekt 2004	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT) ▪ psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT) ▪ psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy, PDLT)[c]	142[d]	Angststörung[d]	Finnland / 06/1994–06/2000	Baseline, 7 Monate, 1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre	**Primär:** Angstsymptomatik[d] Depressivität[d] **Sekundär:** Vollremission Angststörung
Rakowska 2011	▪ strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT) ▪ minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy, MST)	120	soziale Phobie	Polen / k. A.	Baseline, 2 Monate, 5 Monate, 8 Monate[e]	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomverbesserung Angst Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[f] Vollremission Angststörung
Li 2010	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	32	Zwangsstörung	China / 2008–2009	Baseline, 1 Monat, 2 Monate, 3 Monate	**Primär:** Symptomverbesserung Zwang **Sekundär:** Symptomatik Angst
Yang 2005	▪ lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy, LFKT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	60	Zwangsstörung	China / 2002–2004	Baseline, 3 Monate	**Primär:** Symptomverbesserung Zwang **Sekundär:** k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 42: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen (Fortsetzung)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: Darüber hinaus gab es einen vierten Studienarm „Psychoanalyse“, dem jedoch Patienten nicht per Randomisierung zugeteilt wurden und der daher in der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt wird.
d: In der Nutzenbewertung werden nur die Daten für die Gruppe der Patienten mit Angststörung hinsichtlich des Endpunkts Vollremission Angststörung berücksichtigt. Die Daten für die gesamte (randomisierte) Studienpopulation (so wurden auch Patienten mit affektiven und Persönlichkeitsstörungen rekrutiert) bzw. die übrigen Endpunkte (u. a. Angstsymptomatik, Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau) werden in der Nutzenbewertung des Störungsbereichs affektive Störungen berücksichtigt, da die berichteten Ergebnisse dieser Endpunkte sich auf die gesamte Studienpopulation beziehen, bei der min. 80 % der Patienten eine depressive Störung besitzen (siehe Abschnitt A3.4).
e: In der Publikation werden 3 und 6 Monate als Auswertungszeitpunkte angegeben. Der Publikation ist allerdings nicht sicher zu entnehmen, ob sich die Angabe von 3 und 6 Monaten auf das Behandlungsende oder auf Baseline bezieht. Unter der Annahme, dass sich die Angaben auf das Behandlungsende beziehen, ergeben sich als Auswertungszeitpunkte die hier genannten 5 und 8 Monate.
f: Endpunkt wird in der Nutzenbewertung als Begleitsymptom einer sozialen Phobie verstanden.

k. A.: keine Angaben; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFKT: lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy)

Tabelle 43: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Knekt 2004	▪ Angst- oder affektive[a] Störung nach DSM-IV ▪ Neurose oder höhergradige Borderline-Persönlichkeitsstörung („higher-level borderline disorder“) gemäß Interview nach Kernberg [184] ▪ mindestens seit 1 Jahr Störung mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ▪ Alter 20–45 Jahre	▪ psychotische Störung nach DSM-IV ▪ schwere Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (Cluster-A-Persönlichkeitsstörung) ▪ Bipolar-I-Störung ▪ Anpassungsstörung nach DSM-IV ▪ Substanzmissbrauch nach DSM-IV ▪ organisches Psychosyndrom nach DSM-IV oder andere schwere organische Störung ▪ geistige Behinderung nach DSM-IV ▪ geringgradige Borderline-Persönlichkeits-Organisation („lower-level borderline personality organization“) ▪ Psychotherapie innerhalb der letzten 2 Jahre vor Studienbeginn	▪ k. A.
Rakowska 2011	▪ soziale Phobie nach DSM-IV allein ▪ oder gemeinsam mit einer vermeidend-selbstunsicheren, dependenten oder zwanghaften Persönlichkeitsstörung nach DSM IV (Diagnosestellung mittels strukturiertem klinischen Interview)	▪ Selbstmordabsicht ▪ schwerer Substanzmissbrauch oder schwere Substanzabhängigkeit ▪ floride Psychose ▪ Dosisänderung einer medikamentösen Behandlung innerhalb der letzten 3 Monate oder geplante Dosisänderung	▪ k. A.
Li 2010	▪ Zwangsstörung nach ICD-10	▪ andere körperliche Erkrankungen ▪ organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems ▪ Drogenabhängigkeit	▪ stationär behandelte Patienten der Studienklinik ▪ Y-BOCS ≥ 16
Yang 2005	▪ Zwangsstörung nach CCMD-3 ▪ Y-BOCS ≥ 16 ▪ Dauer der Erkrankung ≥ 3 Monate	▪ andere ernsthafte körperliche Erkrankung oder psychische Störung ▪ schwere Depression innerhalb von 3 Monaten vor Studieneinschluss ▪ Einnahme von Hormonen, Kontrazeptiva oder Psychopharmaka innerhalb von 1 Monat vor Studieneinschluss ▪ Schwangere oder stillende Frauen	

(Fortsetzung)

Tabelle 43: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

a: Während in der ersten Ergebnispublikation von 2004 sowie in einzelnen weiteren Publikationen von Angst- und depressiven Störungen die Rede ist, wird in der überwiegenden Mehrheit der späteren Ergebnispublikationen von Angst- und affektiven Störungen („mood disorders“) gesprochen. Auch da Personen mit einer Bipolar-II-Störung eingeschlossen wurden (Anteil an Gesamtpopulation 3,3 %), wird angenommen, dass das Bestehen einer Angst- und affektiven Störung Einschlusskriterium war.

CCMD-3: Chinese Classification of Mental Disorders 3rd Edition; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; ICD-10: International Classification of Diseases – Revision 10; k. A.: keine Angaben; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Tabelle 44: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie **Studienarm**	**N**	**Diagnosen**	**Alter [Jahre] MW (SD)**	**Geschlecht [w / m] (%)**	**Schwere der Erkrankung**	**Psychiatrische Komorbidität n (%)**	**Körperliche Begleiterkrankungen n (%)**	**Therapieabbrecher n (%)[a]**	**Studienabbrecher n (%)[b]**
Knekt 2004									
LFT[c]	45	Angststörungen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
PDKT[c]	50	Angststörungen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
PDLT[c]	47	Angststörungen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Rakowska 2011									
BST	60	soziale Phobie	24,9 (2,9)	58 / 42	4 (6,7)[d]	4 (7)[e]	k. A.	6 (10)	16 (27)
MST	60	soziale Phobie	24,7 (2,7)	58 / 42	3 (5,0)[d]	3 (5)[e]	k. A.	6 (10)	19 (32)
Li 2010									
SFT	16[f]	Zwangsstörung	32,2 (8,4)	36 / 64[g]	5,1 (4,3)[h]	k. A.	0 (0)[i]	2 (13)[j]	2 (13)[j]
KZB	16[f]	Zwangsstörung	34,8 (7,6)	33 / 67[g]	6,3 (2,4)[h]	k. A.	0 (0)[i]	1 (6)[j]	1 (6)[j]
Yang 2005									
LFT	30	Zwangsstörung	26 (5)	37 / 63[g]	4,1 (2,8)[h]	0 (0)[i]	0 (0)[i]	k. A.	k. A.
KZB	30	Zwangsstörung	24 (6)	43 / 57[g]	3,8 (2,1)[h]	0 (0)[i]	0 (0)[i]	k. A.	k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 44: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: In den Studienpublikationen sind keine näheren Angaben zu den Charakteristika der Patienten mit Angststörung dargestellt. Eine Darstellung der gesamten Studienpopulation erfolgt in Tabelle 70 der Nutzenbewertung für depressive Störungen.
d: Anzahl Patienten in medikamentöser Behandlung (%)
e: Anzahl Patienten mit einer unipolaren Depression
f: Von jeweils 16 randomisierten Patienten brachen in der Prüfinterventionsgruppe 2 Patienten ab, in der Vergleichsinterventionsgruppe 1 Patient. Die angegebenen Studiencharakteristika beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf 14 Patienten in der Prüf- und 15 Patienten in der Vergleichsinterventionsgruppe.
g: Eigene Berechnungen
h: Dauer der Erkrankung in Jahren (MW [SD])
i: Abgeleitet aus Einschlusskriterien
j: Angaben der Autoren zu Drop-outs, eigene Berechnung der Prozentzahlen, bezogen auf die Zahl randomisierter Patienten (jeweils 16)
k. A.: keine Angaben; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFKT: lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); m: männlich; MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); w: weiblich

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Knekt 2004				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie; orientiert an de Shazer et al. [15,22] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Wunder- und Skalierungsfragen, Erörterung von Ausnahmen, Einwegspiegel, Konsultierungspausen, positives Feedback und Hausaufgaben ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungsmanual verwendet ▪ Manualtreue erhoben ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien hinsichtlich a) struktureller Merkmale (u. a. Wartezeit zw. Baselineerhebung und erster Therapiesitzung, Häufigkeit und Zahl der Sitzungen, Therapiedauer), b) der vom Patienten und Therapeuten eingeschätzten therapeutischen Allianz und c) der Qualität der Kooperation und Passung zw. Therapeut und Patient und des Gefühls, vom Therapeuten verstanden zu werden	▪ maximal 12 (durchschnittlich 10, SD: 3,3[a]) Sitzungen ▪ variabel (Sitzungen i. d. R. im Abstand von 2–3 Wochen) ▪ 60–90 Minuten pro Sitzung ▪ maximal 8 (durchschnittlich 7,5, SD: 3,0[a]) Monate	▪ 6 Therapeuten ▪ u. a. Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter ▪ Ausbildung in LFT ▪ Erfahrung in LFT 3–15 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 155 Patienten zuvor mit LFT therapiert ▪ keine Ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 1	**Psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT)** ▪ **Ausrichtung:** psychodynamisch; orientiert an Malan [16] und Sifneos [17,18] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Konfrontation, Klärung, Interpretation ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ kein Behandlungsmanual verwendet ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien wie im systemischen Studienarm	▪ 20 (durchschnittlich 19, SD: 3,4[a]) Sitzungen ▪ Sitzungen wöchentlich ▪ 45 Minuten pro Sitzung ▪ 5–6 (durchschnittlich 5,7, SD: 1,3[a]) Monate	▪ 12 Therapeuten ▪ vorwiegend Psychologen ▪ Ausbildung in psycho-analytischer Psycho-therapie (3–6 Jahre) ▪ zusätzliche Ausbildung in PDKT (1–2 Jahre) ▪ Erfahrung in PDLT 10–21 (im Mittel 16) Jahre, in PDKT 2–20 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 14 Patienten zuvor mit PDKT therapiert ▪ keine Erfahrung mit LFT
Kontroll-studienarm 2	**Psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy, PDLT)** ▪ **Ausrichtung:** psychodynamisch; orientiert an Gabbard [19] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Konfrontation, Klärung, Interpretation sowie expressive und supportive Elemente ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ kein Behandlungsmanual verwendet ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien wie im systemischen Studienarm	▪ durchschnittlich 232 (SD: 105) Sitzungen[a] ▪ 2–3 Sitzungen pro Woche ▪ k. A. ▪ maximal 3 Jahre (durchschnittlich 31,3, SD: 11,9 Monate[a])	▪ 41 Therapeuten ▪ vorwiegend Psychologen ▪ Ausbildung in psycho-analytischer Psycho-therapie (3–6 Jahre) ▪ Erfahrung in PDLT 6–30 (im Mittel 18, SD: 5,6) Jahre ▪ durchschnittlich 66 Patienten zuvor mit PDLT therapiert ▪ keine Erfahrung mit LFT

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Rakowska 2011				
systemischer Studienarm	**Strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch, orientiert an Fisch [20] und Watzlawick [21] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** paradoxe Intention, Reframing, Hausaufgaben sowie Techniken zur Rückfallprävention am Ende der Therapie ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungsmanual verwendet ▪ Videoaufzeichnung der Sitzungen ▪ Adhärenzmonitoring hinsichtlich der Umsetzung von SKT-Komponenten ▪ Bewertung der Therapeuten-kompetenz durch Sichtung von Videoaufnahmen einzelner Sitzungen von 10 zufällig ausgewählten Patienten ▪ Supervision der Therapeuten	▪ maximal 10 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 10 Wochen	▪ 4 Psychologen mit Erfahrung in der Methode
Kontroll-studienarm	**Minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy, MST)** ▪ **Ausrichtung:** unspezifisch ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Unterstützung, Ermutigung, Beratung nach Bedarf ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Adhärenzmonitoring hinsichtlich des Nichteinsetzens von SKT-Komponenten ▪ Audioaufzeichnung der Sitzungen ▪ Bewertung der Therapeuten-kompetenz durch Sichtung von Videoaufnahmen einer Sitzung von 10 zufällig ausgewählten Patienten ▪ Supervision der Therapeuten	▪ maximal 10 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 10 Wochen	▪ 2 Psychologen mit Erfahrung in der Methode

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Li 2010				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** k. A. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Identifikation der Komposition der Familie und ihrer Interaktionen, Suche nach Ursachen für Erkrankung und zur Rolle der Erkrankung innerhalb des Familiensystems; Erstellung eines neuen Gleichgewichts innerhalb der Familie ▪ **Setting:** Familie / stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von 20–60 mg Paroxetin/Tag	▪ k. A.	▪ etwa 10 Sitzungen ▪ Sitzungen ca. wöchentlich[c] ▪ 50–60 Minuten ▪ 12 Wochen	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von 20–60 mg Paroxetin/Tag	▪ k. A.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ 12 Wochen	▪ n. a.

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Yang 2005				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy, LFKT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch, orientiert an de Shazer [22] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Beschreibung von Symptomen, Diskussion von Ausnahmen, Wunderfrage, Skalierungsfragen, Anerkennung von Erreichtem, Hausaufgaben ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten vor Behandlungsbeginn 1 Woche Entgiftung, in Woche 1 eine medikamentöse Sockeltherapie von 20 mg Paroxetin/Tag; ab Woche 2 40 mg Paroxetin/Tag	▪ k. A.	▪ bis zu 10 Sitzungen[d] ▪ anfangs wöchentlich, in Abhängigkeit vom Ansprechen anschließend wöchentlich oder 2-wöchentlich ▪ mindestens 1 Stunde ▪ 10 Wochen	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten vor Behandlungsbeginn 1 Woche Entgiftung, in Woche 1 eine medikamentöse Sockeltherapie von 20 mg Paroxetin/Tag; ab Woche 2 40 mg Paroxetin/Tag	▪ n. a.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a.	▪ n. a.

(Fortsetzung)

Tabelle 45: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

a: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
b: abgeleitet aus Angaben zur Patientenrekrutierung
c: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zur Interventionsdauer und Anzahl der Sitzungen
d: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zur Interventionsdauer und Frequenz der Sitzungen

k. A.: keine Angaben; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFKT: lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie [1]; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy)

A3.2.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle 46 werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Angststörung und Zwangsstörung dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 46: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**				
	Morbidität				
		Angstsymptomatik			
	Vollremission Angststörung	**Symptomverbesserung Angst**	**Symptomatik Angst**	**Symptomverbesserung Zwang**	**Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]**
Knekt 2004	Anzahl Patienten ohne Diagnose Angststörung (semistrukturiertes Interview nach DSM-IV)	–	–	–	–
Rakowska 2011	Anzahl Patienten ohne Diagnose soziale Phobie (mittels ADIS-IV)	Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der SCL-90-PHOB (nach Jacobson & Truax [185]): Patienten unter Cut-off von 0,435 und mit Mindestreduktion um 0,284 Skalenpunkte)	–	–	Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der SCL-90-I-S (nach Jacobson & Truax [185]): Patienten unter Cut-off von 0,850 und mit Mindestreduktion um 0,374 Skalenpunkte
Li 2010	–	–	Gesamtscore HARS	Anzahl Patienten mit 50 %-Reduktion des Gesamtscores Y-BOCS	–
Yang 2005	–	–	–	Anzahl Patienten mit 50 %-Reduktion des Gesamtscores Y-BOCS	–

a: Endpunkt wird in der Nutzenbewertung als Begleitsymptom einer sozialen Phobie verstanden.

–: keine Daten extrahiert

ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV [186]; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale [187]; SCL-90-I-S: Symptom Checklist-90-R Skala interpersonal Sensitivity [188]; SCL-90-PHOB: Symptom Checklist-90-R Skala Phobic Anxiety [188]; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [189]

A3.2.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 47 dargestellt.

Tabelle 47: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Knekt 2004	ja	ja	nein[a]	nein[b]	ja	ja	niedrig
Rakowska 2011	ja	unklar[c]	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[d]
Li 2010	unklar[e]	unklar[c]	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[f]
Yang 2005	unklar[e]	unklar[c]	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[f]

a: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
b: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
c: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
e: keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.2.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Knekt 2004).

A3.2.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.2.4.2.1 Endpunkt Vollremission Angststörung

Tabelle 48 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung.

Tabelle 48: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Angststörung

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Interviewer waren nicht verblindet
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung

Tabelle 49 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung für die Auswertungszeitpunkte 7 Monate, 1, 3 und 5 Jahre.

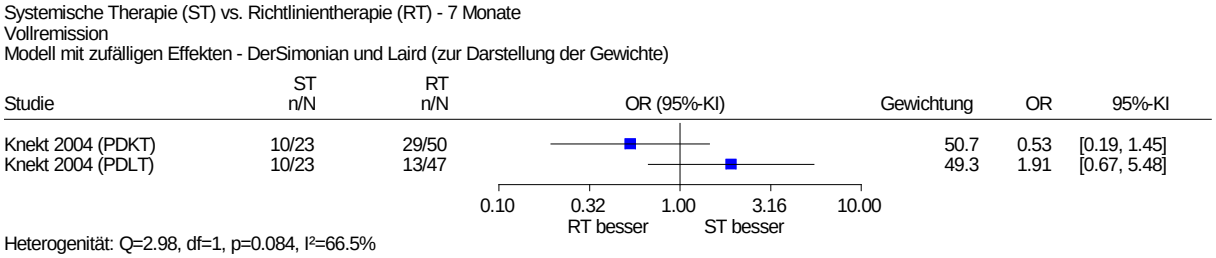
Tabelle 49: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	Anzahl Patienten ohne Diagnose Angststörung	LFT vs. PDKT	7	45[a]	19 (43)	50[a]	29 (57)	0,53 [0,23; 1,20]; 0,133[b]
			12	45[a]	24 (54)	50[a]	30 (60)	0,76 [0,34; 1,72]; 0,596[b]
			36	45[a]	29 (65)	50[a]	34 (67)	0,85 [0,36; 2,00]; 0,739[b]
			60	45[a]	k. A.	50[a]	k. A.	0,77 [k. A.]; k. A.[c]
		LFT vs. PDLT	7	45[a]	19 (43)	47[a]	13 (28)	1,91 [0,80; 4,57]; 0,154[b]
			12	45[a]	24 (54)	47[a]	23 (49)	1,19 [0,53; 2,70]; 0,717[b]
			36	45[a]	29 (65)	47[a]	42 (90)	0,22 [0,07; 0,65]; 0,005[b]
			60	45[a]	k. A.	50[a]	k. A.	0,65 [k. A.]; k. A.[c]

a: Da dieser Endpunkt nur bei der Subpopulation der Patienten mit einer Angststörung zu Baseline definiert ist, wurde die Zahl randomisierter Patienten der gesamten Studienpopulation von Knekt 2004 mit dem Anteil von Patienten mit einer Angststörung innerhalb des jeweiligen Studienarms multipliziert (LFT: 46,4 %; PDKT; 49,5 %; PDLT: 36,7 %).
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
c: eigene Berechnung des Effektmaßes auf Basis der Angaben zum OR in der Publikation Knekt 2011 [79] (Quotient aus OR für LFT vs. Psychoanalyse und OR für PDKT bzw. PDLT vs. Psychoanalyse)

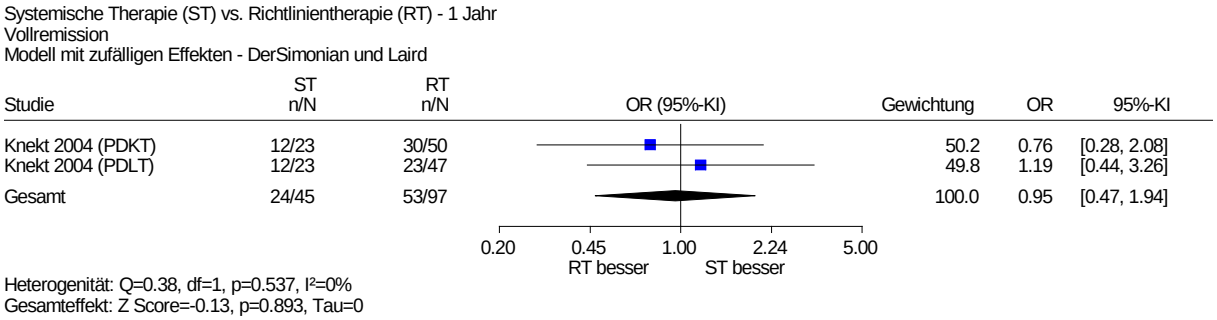
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Richtlinientherapien testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate, 1 und 3 Jahre metaanalytisch zusammengefasst werden. Für den Auswertungszeitpunkt 5 Jahre konnte dies aufgrund unzureichender Angaben nicht erfolgen. Abbildung 2 bis Abbildung 4 zeigen die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Vollremission Angststörung zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate, 1 und 3 Jahre.



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 9,5 Ereignissen und 22,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 2: Metanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 7 Monaten

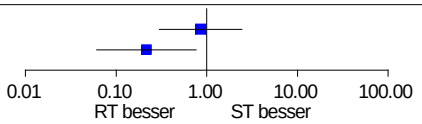


Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 12 Ereignissen und 22,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 3: Metaanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Richtlinientherapie (RT) - 3 Jahre
Vollremission
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	RT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	15/23	34/50		53.5	0.85	[0.30, 2.43]
Knekt 2004 (PDLT)	15/23	42/47		46.5	0.22	[0.06, 0.77]



Heterogenität: Q=2.69, df=1, p=0.101, I²=62.8%

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 14,5 Ereignissen und 22,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 4: Metaanalyse zur Vollremission Angststörung, systemische Therapie (ST) versus Richtlinientherapie (RT) zu 3 Jahren

Die Anzahl der Patienten ohne die Diagnose einer Angststörung mittels eines semi-strukturierten Interviews nach DSM-IV wird als Operationalisierung des Endpunkts Vollremission Angststörung verstanden. Für diesen Endpunkt liegen Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate, 1, 3 und 5 Jahre mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr (Abbildung 3). keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,537). Die metaanalytische Zusammenfassung der Kontrollstudienarme für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

Der Q-Test für die Metaanalyse zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate und 3 Jahre zeigte heterogene Effekte (p = 0,084 und p = 0,101; Abbildung 2 und Abbildung 4), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Da es sich in beiden Kontrollstudienarmen um unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen handelte, wurde die Art der Behandlung im Kontrollstudienarm als Effektmodifikator betrachtet.

Zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate zeigte sich weder für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie noch für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Während sich zum Auswertungszeitpunkt 3 Jahre für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie kein signifikanter Unterschied zeigte, ergab sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zuungunsten der systemischen Therapie.

Bezüglich der Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 5 Jahre konnte mit Blick auf die Größenordnung der Effektschätzer im Vergleich mit den anderen Zeitpunkten nicht von einer statistischen Signifikanz der Unterschiede ausgegangen werden.

Es wird daher insgesamt ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.2.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Rakowska 2011).

A3.2.5.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.2.5.2.1 Endpunkt Vollremission Angststörung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Vollremission Angststörung

Tabelle 50 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung.

Tabelle 50: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Angststörung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rakowska 2011	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Vollremission Angststörung

Tabelle 51 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung für den Auswertungszeitpunkt 8 Monate. Dargestellt werden die Ergebnisse für die gesamte Studienpopulation sowie für die Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 51: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Angststörung

Studie **Subgruppe**	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Rakowska 2011	Anzahl Patienten ohne Diagnose soziale Phobie[a]	SKT vs. MST	8	60	17 (28,3)	60	9 (15)	2,24 [0,91; 5,53]; 0,082[b]
Subgruppe ohne Persönlichkeitsstörung	Anzahl Patienten ohne Diagnose soziale Phobie[a]	SKT vs. MST	8	30	15 (50)	30	7 (23)	Heterogenität zwischen Subgruppen: Q = 1,02; df = 1; I^2 = 1,7 %; p = 0,313
Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung	Anzahl Patienten ohne Diagnose soziale Phobie[a]	SKT vs. MST	8	30	2 (7)	30	2 (7)	

a: erhoben mittels ADIS-IV [186]
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
KI: Konfidenzintervall; MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Die Anzahl der Patienten ohne die Diagnose einer sozialen Phobie wird als Operationalisierung des Endpunkts Vollremission Angststörung verstanden. Für diesen Endpunkt liegen für einen Auswertungszeitpunkt Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte zwischen den Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung (Interaktionstest: p = 0,313). Für die gesamte Studienpopulation zeigte sich zu dem Auswertungszeitpunkt 8 Monate kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.2.5.2.2 Endpunktkategorie Angstsymptomatik

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Angstsymptomatik beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik.

A3.2.5.2.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung Angst

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Angst

Tabelle 52 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst.

Tabelle 52: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rakowska 2011	hoch	nein[a]	ja	ja	nein[b]	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Definition des Endpunkts ist datenabhängig.
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der datenabhängigen Definition des Endpunkts.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst

Tabelle 53 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst für die Auswertungszeitpunkte 2 und 5 Monate für die gesamte Studienpopulation sowie für die Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 53: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst

Studie Subgruppe	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Rakowska 2011	Symptomverbesserung Angst[a]	SKT vs. MST	2	60	19 (31,7)	60	9 (15,0)	2,63 [1,07; 6,42]; 0,035[b]
			5	60	16 (26,7)	60	9 (15,0)	2,06 [0,83; 5,12]; 0,128[b]
Subgruppe ohne Persönlichkeitsstörung	Symptomverbesserung Angst[a]	SKT vs. MST	2	30	12 (40)	30	6 (20)	Heterogenität zwischen Subgruppen: Q = 0,00; df = 1; I² = 0 %; p = 0,978
Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung			2	30	7 (23)	30	3 (10)	
Subgruppe ohne Persönlichkeitsstörung	Symptomverbesserung Angst[a]	SKT vs. MST	5	30	14 (47)	30	7 (23)	Heterogenität zwischen Subgruppen: Q = 0,80; df = 1; I² = 0 %; p = 0,371
Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung			5	30	2 (7)	30	2 (7)	

a: Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der SCL-90-PHOB (nach Jacobson & Truax [185]): Patienten unter Cut-off von 0,435 und mit Mindestreduktion um 0,284 Skalenpunkte
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SCL-90-PHOB: Symptom Checklist-90-R Skala Phobic Anxiety (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik) [188]; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Als Endpunkt Symptomverbesserung Angst wird die Anzahl von Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der Skala phobische Angst der SCL-90-R [188] nach Jacobson & Truax [185] erfasst: Diese war als Anzahl Patienten mit einem Skalenwert der SCL-90-PHOB unter einem Cut-off von 0,435 und mit einer Mindestreduktion dieser Skala um 0,284 Skalenpunkte operationalisiert. Für diesen Endpunkt liegen Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit für 2 Auswertungszeitpunkte vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte zwischen den Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zu den Auswertungszeitpunkten 2 Monate (Interaktionstest: p = 0,978) und 5 Monate (Interaktionstest: p = 0,371). Für die gesamte Studienpopulation zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 2 Monate einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, jedoch nicht zum Auswertungszeitpunkt 5 Monate. Es wird somit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.2.5.2.2.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik

In der Gesamtschau der Ergebnisse der Endpunktkategorie Angstsymptomatik wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.2.5.2.3 Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit

Tabelle 54 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit.

Tabelle 54: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rakowska 2011	hoch	nein[a]	ja	ja	nein[b]	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Definition des Endpunkts ist datenabhängig.
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der datenabhängigen Definition des Endpunkts.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit

Tabelle 55 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit für die Auswertungszeitpunkte 2 und 5 Monate für die gesamte Studienpopulation sowie für die Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 55: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit

Studie **Subgruppe**	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Rakowska 2011	Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]	SKT vs. MST	2	60	18 (30,0)	60	9 (15,0)	2,43 [0,99; 5,96]; 0,055[b]
			5	60	16 (26,7)	60	9 (15,0)	2,06 [0,83; 5,12]; 0,128[b]
Subgruppe ohne Persönlichkeitsstörung	Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]	SKT vs. MST	2	30	12 (40)	30	6 (20)	Heterogenität zwischen Subgruppen: Q = 0,03; df = 1; I² = 0 %; p = 0,860
Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung			2	30	6 (20)	30	3 (10)	
Subgruppe ohne Persönlichkeitsstörung	Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit[a]	SKT vs. MST	5	30	14 (47)	30	7 (23)	Heterogenität zwischen Subgruppen: Q = 0,80; df = 1; I² = 0 %; p = 0,371
Subgruppe mit Persönlichkeitsstörung			5	30	2 (7)	30	2 (7)	

a: Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der SCL-90-I-S (nach Jacobson & Truax [185]): Anzahl Patienten unter Cut-off von 0,850 und mit Mindestreduktion um 0,374 Skalenpunkte
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MST: minimalsupportive Therapie (Minimal supportive Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SCL-90-I-S: Symptom Checklist-90-R Skala interpersonal Sensitivity (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik) [188]; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Als Endpunkt Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit wird die Anzahl von Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung der Skala Unsicherheit im Sozialkontakt der SCL-90-R [188] nach Jacobson & Truax [185] erfasst: Diese waren als Anzahl Patienten mit einem Skalenwert der SCL-90-I-S unter Cut-off von 0,85 und mit einer Mindestreduktion dieser Skala um 0,374 Skalenpunkte operationalisiert. Es handelt sich um einen Endpunkt, der die Unsicherheit von Personen im Sozialkontakt auf einer Skala von leichter, sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit erhebt. In der konkreten Operationalisierung der Skala verweist der Endpunkt weniger auf Kriteriensymptome der sozialen Phobie denn auf zugehörige Beschreibungsmerkmale und Begleitsymptome wie Schwierigkeiten sich zu behaupten und eine Überempfindlichkeit gegenüber Bewertung durch andere. Folglich wird der Endpunkt als Operationalisierung der Begleitsymptomatik einer sozialen Phobie verstanden. Für diesen Endpunkt liegen Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit für 2 Auswertungszeitpunkte vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte zwischen den Subgruppen der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zu den Auswertungszeitpunkten 2 Monate (Interaktionstest: p = 0,860) und 5 Monate (Interaktionstest: p = 0,371). Für die gesamte Studienpopulation zeigten die Studienergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 2 und 5 Monate keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.2.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.2.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefern 2 Studien verwertbare Ergebnisse (Li 2010, Yang 2005).

A3.2.6.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.2.6.2 Endpunkt Morbidität

A3.2.6.2.1 Endpunktkategorie Angstsymptomatik

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Angstsymptomatik beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik.

A3.2.6.2.1.1 Endpunkt Symptomatik Angst

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Angst

Tabelle 56 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Angst.

Tabelle 56: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Angst

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkt-erheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Li 2010	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Angst

Tabelle 57 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Angstsymptomatik für die Auswertungszeitpunkte 1, 2 und 3 Monate.

Tabelle 57: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Angst

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Li 2010	HARS	LFKT vs. KZB	0	14	24,5 (2,6)	n. a.	15	22,7 (3,9)	n. a.	k. A.	n. a.
			1	14	18,7 (1,5)	k. A.	15	18,8 (3,4)	k. A.	−0,04 [−0,78; 0,70]; 0,922[a]	k. A.
			2	14	14,2 (2,2)	k. A.	15	15,3 (6,4)	k. A.	−0,22 [−0,97; 0,52]; 0,556[a]	k. A.
			3	14	11,4 (2,3)	k. A.	15	15,1 (2,1)	k. A.	−1,64 [−2,49; −0,78]; < 0,001[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Wertebereich 0–56, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFKT: lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; vs.: versus

Der Endpunkt Symptomatik Angst wird mittels der Hamilton Anxiety Rating Scale [187] operationalisiert. Mit einer mäßigen Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Zeitpunkt 3 Monate einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, zu den Zeitpunkten 1 und 2 Monate keinen statistisch signifikanten Unterschied. Zur Relevanzbeurteilung des statistisch signifikanten Unterschieds zu 3 Monaten wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Es ergibt sich somit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen zugunsten der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung.

A3.2.6.2.1.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik

In der Gesamtschau der Ergebnisse der Endpunktkategorie Angstsymptomatik wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.2.6.2.2 Endpunkt Symptomverbesserung Zwang

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Zwang

Tabelle 58 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang.

Tabelle 58: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Zwang

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Li 2010	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Yang 2005	hoch	nein[a]	unklar[c]	ja	ja	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: keine Angaben zu Studien- und Therapieabbrechern
d: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der fehlenden Angaben zu Studien- und Therapieabbrechern.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang

Tabelle 59 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang für den Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate.

Tabelle 59: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Li 2010	Symptomverbesserung Zwang[a]	SFT vs. KZB	3	14	10 (71,4)[b]	15	6 (40,0)	3,75 [0,79; 17,7]; 0,105[c]
Yang 2005	Symptomverbesserung Zwang[a]	LFKT vs. KZB	2	30	25 (83,3)	30	18 (60,0)	3,33 [1,00; 11,14]; 0,055[c]

a: Anzahl Patienten mit 50 %-Reduktion des Gesamtscores Y-BOCS
b: In Studienpublikation Li 2010 gibt es eine diskrepante Ergebnisdarstellung zwischen Text und Tabelle. In der Nutzenbewertung werden die tabellarisch dargestellten Ergebnisse berücksichtigt.
c: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFKT: lösungsfokussierte Kurzzeittherapie (Solution-focused brief Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Wertebereich 0–40, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik) [189]

Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Symptomverbesserung Zwang zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate.

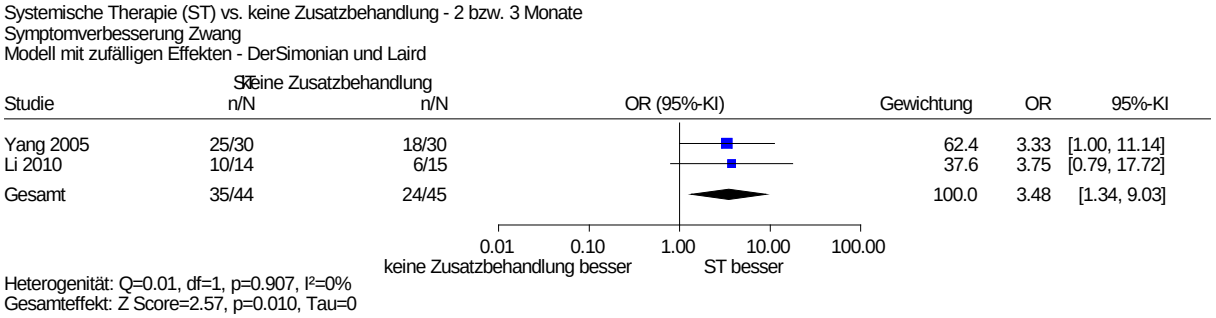


Abbildung 5: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Zwang, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 3 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang wird in den Studien Li 2010 und Yang 2005 die Anzahl von Patienten mit einer 50 %-Reduktion auf der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [189] verwendet. Für den Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 3 Monate wurde eine Metaanalyse mit den Ergebnissen aus 2 Studien mit jeweils einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit durchgeführt. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,907). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Daher wird ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.2.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.2.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.2.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.3 Störungsbereich Demenz

A3.3.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen wird die im Störungsbereich Demenz eingeschlossene RCT Ingersoll-Dayton 1999 hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in der Studie angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der untersuchten Population sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 60: Charakterisierung der eingeschlossenen RCT im Störungsbereich Demenz

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Ingersoll-Dayton 1999	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Approach, LFT) ▪ Kontrollstudienarm (Control Group, KG)	21	Demenz	USA / 06/1997–08/1998	Baseline, 7 Wochen, 14 Wochen	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Demenzsymptomatik Aggressivität (Häufigkeit) Demenzsymptomatik Aggressivität (Schweregrad) Demenzsymptomatik zielloses Herumirren (Häufigkeit) Demenzsymptomatik zielloses Herumirren (Schweregrad)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Approach)

Tabelle 61: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in der Studie

Studie	Einschlusskriterien	Ausschluss-kriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Ingersoll-Dayton 1999	▪ Diagnose einer irreversiblen Demenz inkl. fortgeschrittener kognitiver Beeinträchtigung ▪ Alter ≥ 60 Jahre ▪ mindestens 1 der folgenden Demenzsymptome vorhanden ▫ physische Aggressivität ▫ verbale Aggressivität ▫ zielloses Herumirren ▪ Besuch der Patienten durch Angehörige alle 2–3 Wochen	▪ k. A.	▪ Patienten waren Bewohner von Altenpflegeheimen
k. A.: keine Angaben			

Tabelle 62: Charakterisierung der Studienpopulation

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkran-kungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Ingersoll-Dayton 1999									
Gesamt[c]	21	Demenz	k. A.[d]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: Aufgrund des Cross-over-Designs der Studie erfolgt keine getrennte Darstellung der Population des Studien- und Kontrollstudienarms.
d: Alter ≥ 60 Jahre gemäß Einschlusskriterien

k. A.: keine Angaben; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; SD: Standardabweichung; w: weiblich

Tabelle 63: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Ingersoll-Dayton 1999				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Approach, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch, orientiert an de Shazer & Berg [24] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Befragung der Angehörigen und Betreuer nach Ausnahmen, Wundern, Umgang mit Problemen; darauf aufbauend Erstellung eines Plans zur Prävention und zum Problemumgang für Angehörige und Betreuer; nach 3 Wochen Evaluation des Plans und ggf. Anpassungen ▪ **Setting:** stationär im Altenpflegeheim ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 7 Wochen	▪ 4 Studenten der Sozialarbeit
Kontroll-studienarm	**Kontrollstudienarm (Control Group, KG)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** keine Zusatzbehandlung ▪ **Setting:** stationär im Altenpflegeheim ▪ **Besonderheiten:** n. a. ▪ **Begleittherapie:** k. A	▪ n. a.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ 7 Wochen	▪ n. a.

k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Approach); n. a.: nicht anwendbar

A3.3.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle 64 werden die einzelnen Endpunkte der Endpunktkategorie Demenzsymptomatik im Störungsbereich Demenz dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 64: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**			
	Morbidität			
	Demenzsymptomatik			
	Aggressivität (Häufigkeit)	**Aggressivität (Schweregrad)**	**Zielloses Herumirren (Häufigkeit)**	**Zielloses Herumirren (Schweregrad)**
Ingersoll-Dayton 1999	COBRA: Skala Häufigkeit Aggressivität	COBRA: Skala Schweregrad Aggressivität	COBRA: Skala Häufigkeit zielloses Herumirren	COBRA: Skala Schweregrad zielloses Herumirren
COBRA: Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment [191]				

A3.3.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 65 dargestellt.

Tabelle 65: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	**Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz**	**Verdeckung der Gruppenzuteilung**	**Verblindung**		**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Keine sonstigen Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**
			Patient	**Behandelnde Personen**			
Ingersoll-Dayton 1999	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]

a: Keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz; zusätzlich wurde bei einem Patienten die Reihenfolge der Zuteilung zur systemischen Prüfintervention bzw. Kontrollintervention nicht randomisiert.
b: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
c: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientenverblindung. Sofern keine solchen Maßnahmen berichtet werden, wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
d: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.3.4 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Ingersoll-Dayton 1999).

A3.3.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.3.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.3.4.2.1 Endpunktkategorie Demenzsymptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse der Endpunkte zur Demenzsymptomatik

Tabelle 66 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse der Endpunkte Aggressivität (Häufigkeit), Aggressivität (Schweregrad), zielloses Herumirren (Häufigkeit) und zielloses Herumirren (Schweregrad).

Tabelle 66: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkte Aggressivität (Häufigkeit), Aggressivität (Schweregrad), zielloses Herumirren (Häufigkeit) und zielloses Herumirren (Schweregrad)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Ingersoll-Dayton 1999	hoch	nein[a]	ja	ja	nein[b]	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: statistische Auswertung unklar
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der unklaren statistischen Auswertung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse der Endpunkte zur Demenzsymptomatik

Tabelle 67 zeigt die Ergebnisse der Endpunkte zur Demenzsymptomatik.

Tabelle 67: Ergebnisse zu Endpunkten Aggressivität (Häufigkeit), Aggressivität (Schweregrad), zielloses Herumirren (Häufigkeit) und zielloses Herumirren (Schweregrad)

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Wochen)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Ingersoll-Dayton 1999	COBRA: Aggressivität (Häufigkeit)	LFT vs. KG	7[a]	21[b]	k. A.	k. A.	21[b]	k. A.	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.[c]	k. A.
	COBRA: Aggressivität (Schweregrad)	LFT vs. KG	7[a]	21[b]	k. A.	k. A.	21[b]	k. A.	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.[c]	k. A.
	COBRA: zielloses Herumirren (Häufigkeit)	LFT vs. KG	7[a]	21[b]	k. A.	k. A.	21[b]	k. A.	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.[c]	k. A.
	COBRA: zielloses Herumirren (Schweregrad)	LFT vs. KG	7[a]	21[b]	k. A.	k. A.	21[b]	k. A.	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.[c]	k. A.

a: Aus der Publikation wird nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt die Ergebnisse für den Studien- und Kontrollstudienarm erhoben wurden. Es ist aber davon auszugehen, dass die Datenerhebung jeweils min. 7 Wochen nach Implementation der Therapie erfolgte.
b: Aufgrund des Cross-over-Designs der Studie erhielten alle eingeschlossenen 21 Patienten die systemische Prüfintervention wie auch die Kontrollintervention.
c: Dargestellt und bewertet wird in der Publikation die Interaktion „Gruppe x Zeit“, die dem interessierenden Behandlungseffekt entspricht.

COBRA: Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Approach); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. s.: nicht signifikant; SD: Standardabweichung; vs.: versus

Die Demenzsymptome „Aggressivität“ und „zielloses Herumirren“ wurden mittels des Caretaker Obstreperous-Behavior Rating Assessment (COBRA; [191]) jeweils hinsichtlich Häufigkeit und Schweregrads bewertet. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse für keinen Endpunkt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher hinsichtlich der Endpunktkategorie Demenzsymptomatik kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.3.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.3.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.3.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.4 Störungsbereich depressive Störungen

A3.4.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in den Studien verwendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 68: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Fabbri 2007	▪ Familientherapie (Family Therapy, FT) ▪ klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management, KM)	20	rezidivierende depressive Störung	Italien / 01/2002–12/2004	Baseline, 3 Monate, 15 Monate[c]	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Rückfall / keine Symptomverbesserung Symptomatik Depressivität
Knekt 2004	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT) ▪ psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT) ▪ psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy, PDLT)	326	depressive Störung[d]	Finnland / 06/1994–06/2000	Baseline, 6 Monate, 1 Jahr, 2 Jahre, 3 Jahre, 5 Jahre, 10 Jahre	**Primär:** Angstsymptomatik[e] Depressivität[f] **Sekundär:** Arbeitsfähigkeit Erwerbsstatus generelle psychiatrische Symptomatik gesundheitsbezogene Lebensqualität Hospitalisierung soziales Funktionsniveau soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik Vollremission depressive Störung

(Fortsetzung)

Tabelle 68: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen (Fortsetzung)

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Lemmens 2009	▪ systemische Familientherapie (Single-family Therapy, Single-FT) ▪ Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy, Multi-FT) ▪ keine Behandlung (KB)	83	Major Depression	Belgien / k. A	Baseline, 3 Monate, 15 Monate	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Hospitalisierung Suizid Symptomatik Depressivität Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)
Rodriguez Vega 2011	▪ narrative Therapie (Narrative Therapy, NT) ▪ Standardbehandlung (Usual Care, SB)	72	Major Depression[g]	Spanien / 03/2006 - 12/2008[h]	Baseline, 12 Wochen, 24 Wochen	**Primär:** k. A. **Sekundär:** allgemeiner Gesundheitszustand Arbeitsfähigkeit gesundheitsbezogene Lebensqualität körperliches Funktionsniveau soziales Funktionsniveau Symptomatik Appetitlosigkeit Symptomatik Depressivität Symptomatik Fatigue Symptomatik kognitive Funktion Symptomatik Schlafstörungen

(Fortsetzung)

Tabelle 68: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen (Fortsetzung)

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Seikkula 2013	▪ systemische Paartherapie (Couple Therapy, SPT) ▪ Psychotherapie (Treatment as Usual, PT)	66	Major Depression	Finnland / 01/2006–06/2009[i]	Baseline, 6 Monate, 1 Jahr, 1,5 Jahre, 2 Jahre	**Primär:** k. A. **Sekundär:** generelle psychiatrische Symptomatik soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)
Wang 2011	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ keine Behandlung (KB)	76	Depressive Störung	China / 2005–2007	Baseline, 0,5 Monate, 1 Monat, 2 Monate, 3 Monate, 2 Jahre[c]	**Primär:** k. A. **Sekundär:** soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome Symptomatik Depressivität

(Fortsetzung)

Tabelle 68: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich depressive Störungen (Fortsetzung)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: Angaben zu den Auswertungszeitpunkten basieren auf der Annahme einer 3-monatigen Interventionsdauer.
d: Zwar wurden Angst- und affektive Störungen eingeschlossen, jedoch stellen die depressiven Störungen – soweit erkennbar – innerhalb der hierarchischen Klassifikationssystematik des DSM die spezifischste Diagnosegruppe dar, die bei mindestens 80 % der Gesamtstudienpopulation vorhanden war (Anteil an Gesamtpopulation 82,3 %). Spezifischere Diagnosen (wie beispielsweise die rezidivierende Major Depression) waren folglich bei weniger als 80 % vorhanden.
e: Zur Erfassung dieser Endpunktkategorie werden in der Hauptpublikation [123] die SCL-90-ANX und die HARS erwähnt. In der vorliegenden Nutzenbewertung verwendet wurden die Endpunkte Symptomverbesserung Angstsymptomatik (Schwellenwert) und Symptomverbesserung Angstsymptomatik (Ansprechen / Schwellenwert).
f: Zur Erfassung dieser Endpunktkategorie werden in der Hauptpublikation [123] der BDI und die HDRS erwähnt. In der vorliegenden Nutzenbewertung verwendet wurden die Endpunkte Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) und Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90).
g: Eingeschlossen wurden die einzelne Episode einer Major Depression, die rezidivierende Major Depression, die Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung sowie die Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung gemischt. Da Angaben im Flowchart vermuten lassen, dass ausschließlich Patienten mit einer Major Depression randomisiert wurden („patients with major depressive disorder“), wird angenommen, dass es sich ausschließlich um Patienten mit einer einzelnen Episode einer Major Depression oder mit einer rezidivierenden Major Depression handelt.
h: Studienende aus Angaben der Publikation geschätzt
i: abgeleitet aus Angaben zum Rekrutierungszeitraum und letztem Nacherhebungszeitpunkt

BDI: Beck Depression Inventory; FT: Familientherapie (Family Therapy); HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; KB: keine Behandlung; KM: klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SCL-90-ANX: Symptom Checklist-90-R Skala Anxiety; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy) PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual)

Tabelle 69: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Fabbri 2007	▪ Rezidiv einer Major Depression nach RDC [192] (Diagnosestellung mittels SADS durch Psychiater) während einer antidepressiven (seit mindestens 6 Monaten andauernden) Langzeitmedikation ▪ gegenwärtig mindestens die 3. depressive Episode ▪ vorausgehende depressive Episode liegt nicht länger als 2,5 Jahre zurück ▪ Rezidiv nicht durch Complianceprobleme induziert ▪ Ansprechen auf antidepressive Behandlung ▪ Lebensgemeinschaft mit einem Partner / einer Partnerin	▪ körperliche Erkrankungen ▪ manische, hypomanische oder zyklothyme Episode in der Vergangenheit ▪ Dysthymie in der Vergangenheit ▪ Alkohol- bzw. Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit nach DSM-IV in der Vergangenheit ▪ Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV in der Vergangenheit	▪ k. A.
Knekt 2004	▪ Angst- oder affektive[a] Störung nach DSM-IV ▪ Neurose oder höhergradige Borderline-Persönlichkeitsstörung („higher-level borderline disorder“) gemäß Interview nach Kernberg [184] ▪ mindestens seit 1 Jahr Störung mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ▪ Alter 20–45 Jahre	▪ psychotische Störung nach DSM-IV ▪ schwere Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (Cluster-A-Persönlichkeitsstörung) ▪ Bipolar-I-Störung ▪ Anpassungsstörung nach DSM-IV ▪ Substanzmissbrauch nach DSM-IV ▪ organisches Psychosyndrom nach DSM-IV oder andere schwere organische Störung ▪ geistige Behinderung nach DSM-IV ▪ geringgradige Borderline-Persönlichkeits-Organisation („lower-level borderline personality organization“) ▪ Psychotherapie innerhalb der letzten 2 Jahre vor Studienbeginn	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 69: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Lemmens 2009	▪ Major Depression nach DSM-IV (Diagnosestellung durch Psychiater in Ausbildung[b] mittels M.I.N.I. (niederländische Version 5.0.0) [193] und der HDRS[c]) ▪ Alter 18–65 Jahre ▪ in Lebensgemeinschaft mit einem Partner / einer Partnerin seit mindestens 1 Jahr	▪ bipolare Störung nach DSM-IV	▪ k. A.
Rodriguez Vega 2011	▪ Diagnose einer der folgenden Störungen nach DSM-IV-TR (Diagnosestellung mittels strukturiertem klinischen Interview; in Klammern DSM-IV-TR-Codes): ▫ Major Depression, einzelne Episode (296.2x) ▫ Major Depression, rezidivierend (296.3x) ▫ Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung (309.0) ▫ Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt (309.28) ▪ HADS-D ≥ 8	▪ Schwangerschaft ▪ fehlende Verhütung ▪ vorangegangene Medikation mit Escitalopram ▪ bekannte Überempfindlichkeit gegenüber SSRI ▪ bipolare Störung ▪ Schizophrenie oder andere psychotische Störungen ▪ akutes Suizidrisiko	▪ onkologische Patienten (Brust-, Darm- und Lungenkrebs) ▪ Alter 18–75 Jahre ▪ Lebenserwartung ≥ 1 Jahr ▪ Karnofsky-Index ≥ 70
Seikkula 2013	▪ Major Depression nach DSM-IV (Diagnosestellung mittels SKID[d]; in Klammern DSM-IV-TR-Codes): ▫ Major Depression, einzelne Episode (296.2x) ▫ Major Depression, rezidivierend (296.3x) ▪ HDRS ≥ 14	▪ k. A.	▪ k. A.
Wang 2011	▪ Depression nach CCMD-3 ▪ HDRS-17 > 18 ▪ Alter 18–56 Jahre	▪ andere körperliche Erkrankung oder psychische Störung ▪ suizidale Tendenzen	▪ ambulant oder stationär behandelte Patienten der Studienklinik

(Fortsetzung)

Tabelle 69: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

a: Während in der ersten Ergebnispublikation von 2004 sowie in einzelnen weiteren Publikationen von Angst- und depressiven Störungen die Rede ist, wird in der überwiegenden Mehrheit der späteren Ergebnispublikationen von Angst- und affektiven Störungen („mood disorders“) gesprochen. Da auch Personen mit einer Bipolar-II-Störung eingeschlossen wurden (Anteil an Gesamtpopulation 3,3 %), wird angenommen, dass das Bestehen einer Angst- und affektiven Störung Einschlusskriterium war. Soweit erkennbar, stellen die depressiven Störungen in der Studienpopulation gleichwohl die häufigste affektive Störung dar (Anteil an Gesamtpopulation 82,3 %).
b: Angabe in Studienpublikation:„junior trainee psychiatrist“
c: keine präspezifizierten Cut-offs für die Diagnosestellung berichtet
d: In der Studienpublikation wird auf das SKID-II [194] verwiesen, bei dem es sich jedoch um ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen handelt.

CCMD-3: Chinese Classification of Mental Disorders, Edition 3; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; DSM-IV-TR: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, Textrevision; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression Subscale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; k. A.: keine Angaben; M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview; RDC: Research Diagnostic Criteria; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SKID: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; SSRI: selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Tabelle 70: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapieabbrecher n (%)[a]	Studienabbrecher n (%)[b]
Fabbri 2007									
FT	10	rezidivierende Major Depression	47,5 (7,7)	60 / 40[c]	51,3 (5,6)[d]	k. A.	0 (0)[e]	k. A.	0 (0)
KM	10	rezidivierende Major Depression	46,0 (9,1)	60 / 40[c]	59,9 (4,8)[d]	k. A.	0 (0)[e]	k. A.	0 (0)
Knekt 2004									
LFT	97	depressive Störung[f, g]	33,6 (7,2)	74 / 26	18,1 (7,8)[h]	44[c] (45,4[i])	62[c] (64,2)	15 (15)[c]	19 (20[c])
PDKT	101	depressive Störung[f, j]	32,1 (7,0)	74 / 26	17,9 (7,5)[h]	49[c] (48,5[i])	63[c] (62,4)	13 (13)[c]	22 (22[c])
PDLT	128	depressive Störung[f, k]	31,6 (6,6)	79 / 21	18,8 (8,3)[h]	47[c] (36,7[i])	83[c] (65,1[1])	47 (37)[c]	22 (17[c])
Lemmens 2009									
Single-FT	25	Major Depression	40,2 (9,1)	64 / 36	18,0 (5,7)[l]	22[c] (88,0[m])	k. A.	3 (12)	8 (32)[n]
Multi-FT	35	Major Depression	43,9 (8,3)	80 / 20	17,9 (6,3)[l]	33[c] (94,3[o])	k. A.	6 (17)	10 (29)[n]
KB	23	Major Depression	43,2 (8,4)	70 / 30	17,9 (5,8)[l]	19[c] (82,6[p])	k. A.	k. A.	12 (52)[n]
Rodriguez Vega 2011									
NT	39	Major Depression[q]	53,2 (9,5)	87 / 23	12,5 (3,1)[r]	k. A.	39 (100)[s]	3 (8[c])	6 (15)
SB	33	Major Depression[q]	56 (10,8)	73 / 27	12,5 (3)[r]	k. A.	33 (100)[s]	1 (3[c])	10 (30)
Seikkula 2013									
SPT	35	Major Depression	41,2 (11,0)[t]	38 / 62[t]	23,6 (5,9)[h]	k. A.	k. A.	k. A.	6 (17[c])
PT	31	Major Depression	43,5 (11,2)[u]	59 / 41[u]	24,8 (5,5)[h]	k. A.	k. A.	k. A.	9 (29[c])
Wang 2011									
SFT	38[v]	depressive Störung	26,8 (5,5)	60 / 40[c]	27,5 (4,1)[l]	0 (0)[w]	0 (0)[w]	3 (8)[x]	3 (8)[x]
KB	38[v]	depressive Störung	27,6 (6,1)	56 / 44[c]	26,7 (4,4)[l]	0 (0)[w]	0 (0)[w]	2 (5)[x]	2 (5)[x]

(Fortsetzung)

Tabelle 70: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: eigene Berechnung
d: Baselinewerte CID (MW [SD])
e: abgeleitet aus den Ausschlusskriterien
f: Zwar wurden Angst- und affektive Störungen eingeschlossen, jedoch stellen die depressiven Störungen – soweit erkennbar – innerhalb der hierarchischen Klassifikationssystematik des DSM die spezifischste Diagnosegruppe dar, die bei mindestens 80 % der Gesamtstudienpopulation vorhanden war (Anteil an Gesamtpopulation 82,3 %). Spezifischere Diagnosen (wie beispielsweise die rezidivierende Major Depression) waren folglich bei weniger als 80 % vorhanden.
g: Anteil von Personen mit einer der folgenden Störungen an Gesamtpopulation: 84,5 % depressive Störungen, 46,4 % Angststörungen, 18,6 % Persönlichkeitsstörungen, 2,1 % andere Achse-I-Störung (als Angst- oder affektive Störung), 2,1 % Bipolar-II-Störung.
h: Baselinewerte BDI (MW [SD])
i: Es wurde nicht explizit berichtet, welche psychischen Störungen als psychiatrische Komorbiditäten gezählt wurden. Der Anteil von Personen, die zugleich an einer Angst- und affektiven Störung litten, betrug in der Gesamtpopulation 28,6 %. Aus den Angaben zur Häufigkeit anderer Achse-I-Störungen als Angst- und affektiven Störungen sowie von Achse-II-Störungen (Anteil an Gesamtpopulation 3,3 % bzw. 18,3 %; die Summe dieser Werte liegt unterhalb des berichteten Anteils psychiatrischer Komorbiditäten von 43,6 % in der Gesamtpopulation) kann darauf geschlossen werden, dass bei der Angabe psychiatrischer Komorbiditäten neben den Personen, die an einer Angst- und affektiven Störung litten, auch Personen gezählt wurden, die zusätzlich zu einer Angst- oder affektiven Störung an einer weiteren Achse-I-Störung oder einer Achse-II-Störung litten.
j: Anteil von Personen mit einer der folgenden Störungen an Gesamtpopulation: 73,3 % depressive Störungen, 49,5 % Angststörungen, 24,8 % Persönlichkeitsstörungen, 5,0 % Bipolar-II-Störung, 3,0 % andere Achse-I-Störung (als Angst- oder affektive Störung)
k: Anteil von Personen mit einer der folgenden Störungen an Gesamtpopulation: 85,9 % depressive Störungen, 36,7 % Angststörungen, 12,5 % Persönlichkeitsstörungen, 3,9 % andere Achse-I-Störung (als Angst- oder affektive Störung), 2,3 % Bipolar-II-Störung
l: Baselinewerte HDRS (MW [SD])
m: Anteil der Patienten mit irgendeiner Achse-I-Störung nach DSM-IV (Anteil der Patienten mit einer Angststörung zusätzlich zur Depression: 80,0 %)
n: nach 15 Monaten
o: Anteil der Patienten mit irgendeiner Achse-I-Störung nach DSM-IV (Anteil der Patienten mit einer Angststörung zusätzlich zur Depression: 80,0 %)
p: Anteil der Patienten mit irgendeiner Achse-I-Störung nach DSM-IV (Anteil der Patienten mit einer Angststörung zusätzlich zur Depression: 65,2 %)
q: Eingeschlossen wurden die einzelne Episode einer Major Depression, die rezidivierende Major Depression, die Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung sowie die Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Stimmung gemischt. Da Angaben im Flowchart vermuten lassen, dass ausschließlich Patienten mit einer Major Depression randomisiert wurden („patients with major depressive disorder“), wird angenommen, dass es sich ausschließlich um Patienten mit einer einzelnen Episode einer Major Depression oder mit einer rezidivierenden Major Depression handelt.
r: Baselinewerte HADS-Depression-Subskala (MW [SD])
s: Es handelt sich bei allen eingeschlossenen Patienten um onkologische Patienten.
t: Angabe bezogen auf die 29 ausgewerteten Patienten im SPT-Arm
u: Angabe bezogen auf die 22 ausgewerteten Patienten im SB-Arm

(Fortsetzung)

Tabelle 70: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

v: Von jeweils 38 randomisierten Patienten brachen in der Prüfinterventionsgruppe 3 Patienten ab, in der Vergleichsinterventionsgruppe 2 Patienten. Die angegebenen Studiencharakteristika beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf 35 Patienten in der Prüf- und 36 Patienten in der Vergleichs-interventionsgruppe.
w: abgeleitet aus Einschlusskriterien
x: Angaben der Autoren zu Drop-outs. Eigene Berechnung der Prozentzahlen, bezogen auf die Zahl randomisierter Patienten (jeweils 38). Aus den Ergebnistabellen geht allerdings hervor, dass auch in der Vergleichsinterventionsgruppe nur 35 Patienten ausgewertet wurden, somit Daten von 3 Patienten fehlen.

BDI: Beck Depression Inventory; CID: Paykel's Clinical Interview for Depression; FT: Familientherapie (Family Therapy); HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KM: klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); m: männlich; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardabweichung; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); w: weiblich

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Fabbri 2007				
systemischer Studienarm	**Familientherapie (Family Therapy, FT)** ▪ **Ausrichtung:** Problem Centered Systems Therapy of the Family (McMaster-Modell) ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** 4 Phasen: Bewertungsphase, Auftrags- / Vertragsphase („contracting"), Behandlung, Schlussphase ▪ **Setting:** Familie / ambulant[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** antidepressive Medikation; Beibehaltung der initialen Dosis	▪ k. A.	▪ 6 Sitzungen ▪ Sitzungen 2-wöchentlich ▪ 1 Stunde pro Sitzung ▪ 3 Monate	▪ 1 Psychologe mit Ausbildung im McMaster-Modell
Kontroll-studienarm	**Klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management, KM)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Bewertung des klinischen Zustands des Patienten; Unterstützung und Beratung bei Bedarf ▪ **Setting:** Einzel / ambulant[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** antidepressive Medikation; Steigerung der initialen Dosis (trizyklische Antidepressiva: Dosiserhöhung auf das 1,5-Fache; restliche Antidepressiva: Dosiserhöhung auf das 2-Fache)	▪ k. A.	▪ 6 Sitzungen ▪ Sitzungen 2-wöchentlich ▪ 0,5 Stunde pro Sitzung ▪ 3 Monate	▪ 1 Psychiater

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Knekt 2004				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie; orientiert an de Shazer et al. [15,22] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Wunder- und Skalierungsfragen, Erörterung von Ausnahmen, Einwegspiegel, Konsultierungspausen, positives Feedback und Hausaufgaben ▪ **Setting:** ambulant[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungs-manual verwendet ▪ Manualtreue erhoben ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien u. a. hinsichtlich struktureller Merkmale (wie Wartezeit zw. Baselineerhebung und erster Therapiesitzung) und der vom Patienten und Therapeuten eingeschätzten therapeutischen Allianz	▪ maximal 12 (durchschnittlich 10, SD: 3,3[b]) Sitzungen ▪ variabel (Sitzungen i. d. R. im Abstand von 2–3 Wochen) ▪ 60–90 Minuten pro Sitzung ▪ maximal 8 (durchschnittlich 7,5, SD: 3,0[b]) Monate	▪ 6 Therapeuten ▪ u. a. Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter ▪ Ausbildung in LFT ▪ Erfahrung in LFT 3–15 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 155 Patienten zuvor mit LFT therapiert ▪ keine Ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 1	**Psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT)** ▪ **Ausrichtung:** psychodynamisch; orientiert an Malan [16] und Sifneos [17,18] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Konfrontation, Klärung, Interpretation ▪ **Setting:** ambulant[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ kein Behandlungs-manual verwendet ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien wie im systemischen Studienarm	▪ 20 (durchschnittlich 19, SD: 3,4[b]) Sitzungen ▪ Sitzungen wöchentlich ▪ 45 Minuten pro Sitzung ▪ 5–6 (durchschnittlich 5,7, SD: 1,3[b]) Monate	▪ 12 Therapeuten ▪ vorwiegend Psychologen ▪ Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (3–6 Jahre) ▪ zusätzliche Ausbildung in PDKT (1–2 Jahre) ▪ Erfahrung in PDLT 10–21 (im Mittel 16) Jahre, in PDKT 2–20 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 14 Patienten zuvor mit PDKT therapiert ▪ keine Erfahrung mit LFT

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 2	**Psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy, PDLT)** ▪ **Ausrichtung:** psychodynamisch; orientiert an Gabbard [19] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Konfrontation, Klärung, Interpretation sowie expressive und supportive Elemente ▪ **Setting:** ambulant[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ kein Behandlungs-manual verwendet ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien wie im systemischen Studienarm	▪ durchschnittlich 232 (SD: 105) Sitzungen[b] ▪ 2–3 Sitzungen pro Woche ▪ k. A. ▪ maximal 3 Jahre (durchschnittlich 31,3, SD: 11,9 Monate[b])	▪ 41 Therapeuten ▪ vorwiegend Psychologen ▪ Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (3–6 Jahre) ▪ Erfahrung in PDLT 6–30 (im Mittel 18, SD: 5,6) Jahre ▪ durchschnittlich 66 Patienten zuvor mit PDLT therapiert ▪ keine Erfahrung mit LFT
Lemmens 2009				
systemischer Studienarm 1	**Systemische Familientherapie (Single-family Therapy, Single-FT)** ▪ **Ausrichtung:** orientiert an systemischer Paartherapie bei Depression nach Jones und Asen [25]; beinhaltet sozial-konstruktivistische und narrative Konzepte und das Familiensystem-Krankheitsmodell [195] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Abfolge der Sitzungsthemen: Einfluss der Depression auf die Familie; Paarbeziehung; Funktionieren der Familie; Rückfallprävention; Stabilisierung ▪ **Setting:** Paar / Familie; stationär / teilstationär ▪ **Besonderheiten:** Abwandlung des Behandlungsmanuals von Jones und Asen [25]: Reduktion der Sitzungsanzahl; Teilnahme der Kinder an 2 Sitzungen ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ Behandlungs-manual von Jones und Asen [25] verwendet	▪ 7 Sitzungen ▪ 6 Sitzungen im Abstand von 2 Wochen, 1 abschließende Sitzung nach 3 Monaten ▪ 60 Minuten je Sitzung ▪ 6 Monate[c]	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
systemischer Studienarm 2	**Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy, Multi-FT)** ▪ **Ausrichtung:** konzeptuell der Studiengruppe „systemische Familientherapie (Single-family Therapy)“ ähnlich ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** angeleiteter Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe bezüglich Depression und Familieninteraktionen; Therapieziele u. a.: Reduktion von Gefühlen der Isolation und Stigmatisierung; Nutzung der Gruppe als Ressource für Problemlösungen ▪ **Setting:** Gruppe / Paar / Familie; stationär / teilstationär ▪ **Besonderheiten:** Gruppensetting (pro Gruppe 4–7 Patienten + Partner); Abwandlung des Behandlungsmanuals von Jones und Asen [25]: Reduktion der Sitzungsanzahl; Teilnahme der Kinder an 2 Sitzungen ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ k. A.	▪ 7 Sitzungen ▪ 6 Sitzungen im Abstand von 2 Wochen, 1 abschließende Sitzung nach 3 Monaten ▪ 90 Minuten je Sitzung ▪ 6 Monate[c]	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Treatment as Usual, KB)** ▪ **Ausrichtung:** eklektizistisch ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** bei Einweisung Informationstreffen für die Familie; nach der Entlassung Überweisung an einen wohnortnahen Psychiater. Therapiephasen: 1. Monat Problemanalyse, anschließend „Bearbeitungsphase“; Techniken aus unterschiedlichen Therapieansätzen, z. B. non-verbale Therapie (z. B. Kunsttherapie), kognitiv-behaviorale Therapie (z. B. Training sozialer Fertigkeiten), systemische Therapie[d] (z. B. Genogramme, Kommunikationstraining), Sport und Ergotherapie sowie medikamentöse Behandlung ▪ **Setting:** Gruppe (gelegentlich Einzelsitzungen) / (teil-)stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** n. a.	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 2–3 Monate	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Rodriguez Vega 2011				
systemischer Studienarm	**Narrative Therapie (Narrative Therapy, NT)** ▪ **Ausrichtung:** narrative Therapie [33] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Therapeut begleitet als Koautor die Neuerzählung der Problemgeschichte des Patienten; Themen: Trauer, Übergang von Gesundheit zu Krankheit, existenzielle Sorgen, körperliche Symptome ▪ **Setting:** Einzel / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ Manual der Studienleiter [33] ▪ Videoaufnahmen von 10 % aller Sitzungen (zufällige Auswahl der Sitzungen)	▪ 12 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 45 Minuten ▪ 12 Wochen	▪ Psychiater bzw. Psychologen mit mindestens 2 Jahren Erfahrung; trainiert durch Studienleiter
Kontroll-studienarm	**Standardbehandlung (Usual Care, SB)** ▪ **Ausrichtung:** edukativ ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Diskussion der Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation; praktische Unterstützung ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Escitalopram: zu Beginn 10 mg/Tag; Dosisanpassung auf 20mg/Tag bis Woche 8 (bei Nicht-ansprechen auf niedrigere Dosis); mindestens 6 Monate	▪ Protokoll	▪ k. A. ▪ 1 Sitzung pro Woche[e] ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ Onkologen

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Seikkula 2013				
systemischer Studienarm	**Systemische Paartherapie (Couple Therapy, SPT)** ▪ **Ausrichtung:** Integration verschiedener systemischer Ansätze: systemische Paartherapie bei Depression [25,26], narrative Therapie [27], Reflecting Team [28], kollaborative [29], und dialogische [30-32] Ansätze ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. innerer Dialog ▪ **Setting:** Einzel / Paar / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** bei Bedarf zusätzlich Einzeltherapie sowie weitere Behandlungsformen wie stationärer Aufenthalt, psychiatrische Konsultation und Pharmakotherapie (zu Baseline erhielten 48 %, nach 2 Jahren 32 % der randomisierten Patienten Antidepressiva[f])	▪ kein Behandlungs-manual verwendet	▪ Paartherapie: Durchschnittlich 11 Sitzungen[g, h] anderweitige Psychotherapie: Durchschnittlich 4 Sitzungen[g] weitere Behandlungsformen: Durchschnittlich 9 Sitzungen[g, i] ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ 30 Psychotherapeuten ▪ mindestens 3-jährige Ausbildung in systemischer Familientherapie ▪ durchschnittlich 10 Jahre Therapie-erfahrung ▪ Kotherapeuten-Teams
Kontroll-studienarm	**Psychotherapie (Treatment as Usual, PT)** ▪ **Ausrichtung:** k. A. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Psychotherapie[j] ▪ **Setting:** Einzel / Gruppe / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Bei Bedarf weitere Behandlungsformen wie stationärer Aufenthalt, psychiatrische Konsultation, Paar- oder Familientherapie (in Paar- oder Familientherapie nur Informationsvermittlung) und Pharmakotherapie (zu Baseline erhielten 68 %, nach 2 Jahren 44 % der randomisierten Patienten Antidepressiva[f]) ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** aufgrund unzureichender Angaben nicht möglich	▪ k. A.	▪ Paartherapie: Durchschnittlich 1,6 Sitzungen[g] anderweitige Psychotherapie: Durchschnittlich 46 Sitzungen[g, k] weitere Behandlungsformen: Durchschnittlich 16 Sitzungen[g, i] ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ Psychotherapeuten ▪ mindestens 3-jährige Ausbildung in Familientherapie

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Wang 2011				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, Systemic, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** k. A. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** vorab Zusammenstellung von Informationen zur Familie (Geburtsdaten, Familienregeln etc.); Evaluation der Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich der depressiven Symptomatik vor dem Hintergrund der systemischen Familiendynamik (Atmosphäre in der Familie, Persönlichkeiten, Logik des Familiensystems, Krankheitskonzepte); hypothetische und zirkuläre Fragen; Hausaufgaben (gemeinsame Erstellung eines Familienstammbaums und regelmäßige Aktualisierung); Therapeut neutral und lösungsorientiert ▪ **Setting:** Familie / ambulant und stationär[l] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Siehe Kontrollstudienarm	▪ k. A.	▪ 6 Sitzungen ▪ 2-wöchentlich ▪ 1 Stunde ▪ 12 Wochen	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** ambulant und stationär[l] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Woche 1 und 2: 50 mg Sertralin/Tag; ab Woche 3 Erhöhung (in Abhängigkeit von der Verfassung des Patienten und Reaktionen auf das Medikament) bis maximal 150 mg/Tag	▪ k. A.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ 12 Wochen	▪ n. a.

(Fortsetzung)

Tabelle 71: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

a: abgeleitet aus Angaben zur Patientenrekrutierung
b: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
c: Abgeleitet aus der Angabe, dass die familientherapeutischen Interventionen in 6 Sitzungen im Abstand von 2 Wochen erfolgten mit einer abschließenden Sitzung nach 3 Monaten. Das Zeitintervall der abschließenden Sitzung von 3 Monaten wird dabei auf das Ende der 12-wöchigen ersten Therapiephase bezogen.
d: Der Einfluss der systemischen Therapiekomponente auf die gesamte Behandlungswirkung der Begleittherapie wird als vernachlässigbar beurteilt.
e: abgeleitet aus der Angabe, dass die Häufigkeit der Beratungssitzungen mit der Häufigkeit der Therapiesitzungen im systemische Studienarm vergleichbar war
f: Aus der Studienpublikation geht nicht eindeutig hervor, auf welche Population sich die Angaben beziehen; alternativ zu den randomisierten Patienten (SPT: 35; KB: 31) könnten sich die Angaben auch auf die Anzahl ausgewerteter Patienten beziehen (SPT: 29; KB: 22).
g: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
h: Minimum: 5 Sitzungen; Maximum: 33 Sitzungen
i: Mit Ereignissen wird u. a. auf psychiatrische Konsultationen, Gruppentreffen und Sitzungen anderer Therapieformen verwiesen.
j: „individual treatment with possible individual or group psychotherapy sessions“ [108]
k: Minimum: 3 Sitzungen; Maximum: 208 Sitzungen (15 von 22 Patienten mit mindestens 21 und maximal 69 Sitzungen)
l: Da sowohl ambulante als auch stationäre Patienten eingeschlossen wurden, ist anzunehmen, dass die Therapie in beiden Settings durchgeführt wurde.

FT: Familientherapie (Family Therapy); KB: keine Behandlung; KM: klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy) PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie

A3.4.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In den folgenden Tabellen (Tabelle 72 bis Tabelle 74) werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich depressive Störungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität)

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
	Mortalität								
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**
Fabbri 2007	–	–	Anzahl Patienten ohne Symptomver-besserung nach 3 Monaten[a] oder mit Symptomver-besserung nach 3 Monaten und späterem Rückfall (Episode einer Major Depression nach RDC)	–	–	–	–	–	CID-Gesamt-score

(Fortsetzung)

Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
	Mortalität								
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**
Knekt 2004	–	Genesung von einer Major Depression (DSM-IV-Kriterien; semistrukturiertes Interview)	–	–	Anzahl Patienten mit BDI-Gesamtscore < 10 (z. T. Schätzung nach Suissa [196])	Anzahl Patienten, die Kriterium (1) und zusätzlich entweder (2) oder (3) erfüllen: (1) keine Zusatztherapie (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung)[b] (2) mindestens 50%ige Reduktion des BDI-Gesamtscores (3) BDI-Gesamtscore < 10	Anzahl Patienten, die Kriterium (1) und zusätzlich entweder (2) oder (3) erfüllen: (1) keine Zusatztherapie (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) (2) mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-DEP (3) SCL-90-DEP < 0,9	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
	Mortalität								
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**
Lemmens 2009	Anzahl Suizide	–	–	Anzahl Patienten mit mindestens 50%iger Reduktion des BDI-Gesamt-scores	Anzahl Patienten mit BDI-Gesamtscore < 9	–	–	–	BDI-Gesamt-score
Rodriguez Vega 2011	–	–	–	–	–	–	–	–	HADS-Subskala Depres-sion

(Fortsetzung)

Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
	Mortalität								
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**
Seikkula 2013	–	–	–	–	Anzahl Patienten mit BDI-Gesamtscore < 10 (Schätzung nach Suissa [196])	–	–	Anzahl Patienten mit klinisch signifikanter Reduktion des BDI-Gesamtscores nach Jacobson und Truax [185] (statistisch signifikante [p < 0,05] intraindividuelle Veränderung und Unterschreitung eines Trennwertes klinisch / nicht klinisch; Trennwertbestimmung basierend auf „normative population“ bzw. „non-patient population“)	–

(Fortsetzung)

Tabelle 72: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
		Morbidität							
	Mortalität								
	Suizid	**Vollremission depressive Störung**	**Rückfall / keine Symptomverbesserung**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)**	**Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)**	**Symptomatik Depressivität**
Wang 2011	–	–	–	–	–	–	–	–	HDRS-Gesamtscore

a: Dabei wird unterstellt, dass die Patienten, die zu 3 Monaten keine Symptomverbesserung zeigten, auch im weiteren Verlauf der Studie keine Symptomverbesserung erfuhren.

b: Angaben zur Zusatztherapie geschlossen aus der Spezifizierung der Zusatztherapie bezüglich der Endpunkte Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) und Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik [122].

–: keine Daten extrahiert

BDI: Beck Depression Inventory [197]; CID: Paykel's Clinical Interview for Depression [198]; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale [199-201]; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale [202]; RDC: Research Diagnostic Criteria [192]; SCL-90-DEP: Symptom-Checklist-90 Skala Depressivität [203,204]

Tabelle 73: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Morbidität)

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität								
	Symptomatik Appetitlosigkeit	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Fabbri 2007	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Knekt 2004	–	–	–	–	Anzahl Patienten mit HARS-Gesamtscore < 8 (z. T. Schätzung nach Suissa [196])	Anzahl Patienten die Kriterium (1) und zusätzlich entweder (2) oder (3) erfüllen: (1) keine Zusatz-therapie (Einnahme von Psycho-pharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) (2) mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-ANX (3) SCL-90-ANX < 0,9	Anzahl Patienten die Kriterium (1) und zusätzlich entweder (2) oder (3) erfüllen: (1) keine Zusatz-therapie (Einnahme von Psycho-pharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) (2) mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-GSI (3) SCL-90-GSI < 0,9	–	SCL-90-GSI

(Fortsetzung)

Tabelle 73: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität								
	Symptomatik Appetitlosigkeit	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Lemmens 2009	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rodriguez Vega 2011	EORTC-QLQ-C30-Skala Appetit-losigkeit (Appetite loss)	EORTC-QLQ-C30-Skala Schlaf-losigkeit (Insomnia)	EORTC-QLQ-C30-Skala Fatigue (Fatigue)	EORTC-QLQ-C30-Skala kognitive Funktion (Cognitive Functioning)	–	–	–	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 73: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität								
	Symptomatik Appetitlosigkeit	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Seikkula 2013	–	–	–	–	–	–	–	Anzahl Patienten mit klinisch signifikanter Reduktion des SCL-90 GSI nach Jacobson und Truax [185] (statistisch signifikante [p < 0,05] intra-individuelle Veränderung und Unterschreitung eines Trennwertes klinisch / nicht klinisch; Trennwertbestim-mung basierend auf „normative population“ bzw. „non-patient population“)	SCL-90-GSI

(Fortsetzung)

Tabelle 73: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität								
	Symptomatik Appetitlosigkeit	**Symptomatik Schlafstörungen**	**Symptomatik Fatigue**	**Symptomatik kognitive Funktion**	**Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik**	**Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Wang 2011	–	–	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 [205-207]; HARS (auch HAM-A): Hamilton Anxiety Rating Scale [187]; SCL-90: Symptom-Checklist-90 [203,204]; SCL-90-ANX: Symptom-Checklist-90 Skala Ängstlichkeit [203,204]; SCL-90-GSI: Symptom-Checklist-90 Global Severity Index [203,204]

Tabelle 74: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung)

Studie	**Endpunkte**								
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit							
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Allgemeiner Gesundheitszustand**	**Arbeitsfähigkeit**	**Erwerbsstatus**	**Körperliches Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
Fabbri 2007	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Knekt 2004	LSS-Gesamtscore	–	WAI ≥ 36 und keine Zusatztherapie (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung)[a]	Erwerbstätigkeit oder Studium	–	SAS-SR-Gesamtscore	GAF	–	Anzahl Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens 1-mal stationär psychiatrisch behandelt worden sind (Registerdaten)

(Fortsetzung)

Tabelle 74: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit							
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Allgemeiner Gesundheitszustand**	**Arbeitsfähigkeit**	**Erwerbsstatus**	**Körperliches Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**	**Soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Unerwünschte Ereignisse**	**Hospitalisierung**
Lemmens 2009	–	–	–	–	–	–	–	–	Anzahl Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeit-raums in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesenen wurden
Rodriguez Vega 2011	EORTC-QLQ-C30-Skala Lebens-qualität (Quality of Life)	EORTC-QLQ-C30-Skala allgemeiner Gesundheits-zustand (Global Health Status)	EORTC-QLQ-C30-Skala Rollen-funktion (Role Functioning)	–	EORTC-QLQ-C30-Skala körperliche Funktion (Physical Functioning)	EORTC-QLQ-C30-Skala soziale Funktion (Social Functioning)	–	–	–
Seikkula 2013	–	–	–	–	–	–	GAF	–	–
Wang 2011	–	–	–	–	–	–	GAS	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 74: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse und Hospitalisierung) (Fortsetzung)

a: Angaben zur Zusatztherapie geschlossen aus der Spezifizierung der Zusatztherapie bezüglich der Endpunkte Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) und Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik [122].

–: keine Daten extrahiert

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 [205-207]; GAF: Global Assessment of Functioning [208]; GAS: Global Assessment Scale; LSS: Life Situation Survey [209]; SAS-SR: Social Adjustment Scale (Self-Report) [210]; SCL-90: Symptom-Checklist-90 [203,204]; WAI: Work Ability Index [211-213]

A3.4.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 75 dargestellt.

Tabelle 75: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Fabbri 2007	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	nein[e]	hoch[f]
Knekt 2004	ja	ja	nein[c]	nein[d]	ja	ja	niedrig
Lemmens 2009	ja	unklar[g]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[h]
Rodriguez Vega 2011	ja	ja	nein[c]	nein[d]	ja	ja	niedrig
Seikkula 2013	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[f]
Wang 2011	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[f]

a: keine oder unzureichende Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
b: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
c: keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
d: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
e: Es wurden keine Ergebnisse für die geplanten Zwischenauswertungen (6, 9 und 12 Monate) berichtet.
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
g: Die zur Gruppenzuteilung verwendeten Umschläge wurden lediglich als „versiegelt“ beschrieben. Offen bleibt, ob diese seriennummeriert und undurchsichtig waren.
h: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.4.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie)

Zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie (mit oder ohne Pharmakotherapie) liefern 2 Studien verwertbare Ergebnisse (Knekt 2004, Seikkula 2013).

A3.4.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.4.4.2.1 Endpunkt Vollremission depressive Störung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Vollremission depressive Störung

Tabelle 76 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission depressive Störung.

Tabelle 76: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission depressive Störung

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

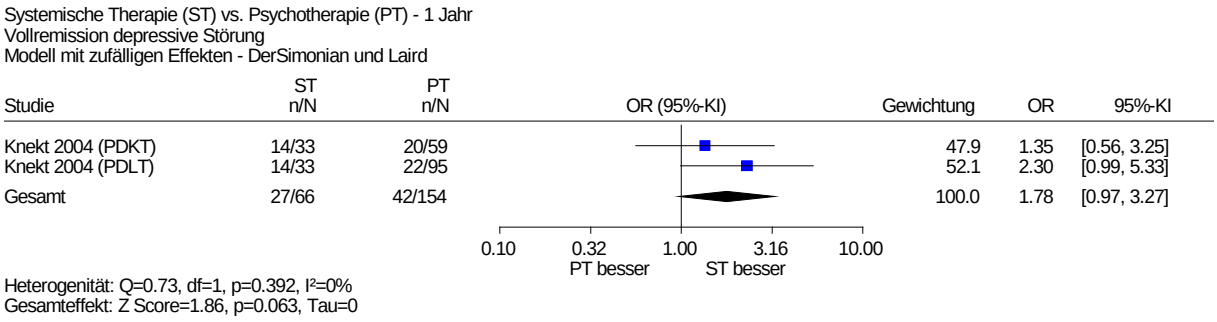
Ergebnisse zur Vollremission

Tabelle 77: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission depressive Störung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	Genesung von einer Major Depression	LFT vs. PDKT	7	66[a]	21 (32)	59[a]	18 (30)	1,12 [0,51; 2,50][b]; k. A.
			12	66[a]	27 (41)	59[a]	20 (34)	1,33 [0,62; 2,94][b]; k. A.
			36	66[a]	28 (43)	59[a]	30 (50)	0,74 [0,34; 1,61][b]; k. A.
			60	66[a]	k. A.	59[a]	k. A.	1,11 [k. A.]; k. A.[c]
		LFT vs. PDLT	7	66[a]	21 (32)	95[a]	12 (13)	3,31 [1,40; 7,84]; k. A.
			12	66[a]	27 (41)	95[a]	22 (23)	2,35 [1,08; 5,11]; k. A.
			36	66[a]	28 (43)	95[a]	48 (51)	0,72 [0,35; 1,48]; k. A.
			60	66[a]	k. A.	59[a]	k. A.	0,94 [k. A.]; k. A.[c]

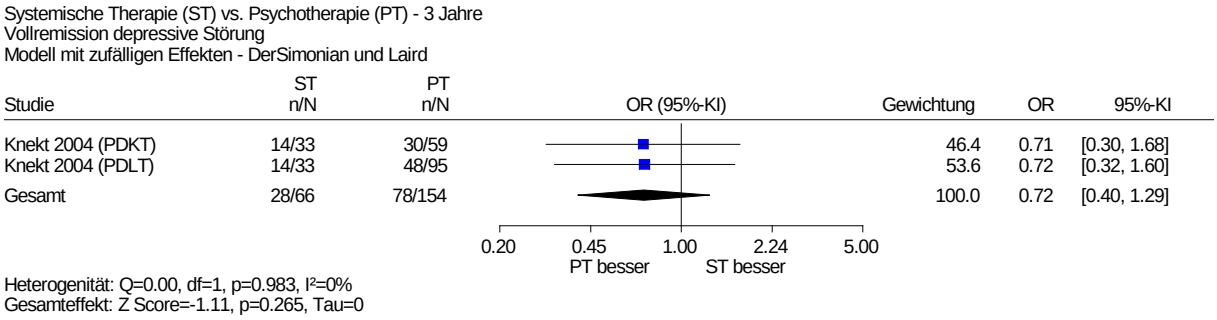
a: Da dieser Endpunkt nur bei der Subpopulation der Patienten mit einer Major Depression zu Baseline definiert ist, wurde die Zahl randomisierter Patienten mit dem Anteil von Patienten mit einer Major Depression innerhalb des jeweiligen Studienarms multipliziert (SFT: 68,1 %; SPP; 58,5 %; LPP: 74,2 %).
b: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt (Kehrwertbildung).
c: eigene Berechnung des Effektmaßes auf Basis der Angaben zum OR in der Publikation Knekt 2011 [79] (Quotient aus OR für LFT vs. Psychoanalyse und OR für PDKT bzw. PDLT vs. Psychoanalyse)

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 13,5 Ereignissen und 33 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 6: Metaanalyse zur Vollremission depressive Störung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 14 Ereignissen und 33 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 7: Metaanalyse zur Vollremission depressive Störung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Die Operationalisierung des Endpunkts Vollremission depressive Störung entspricht einer Genesung von einer Major Depression nach dem DSM-IV. Hinsichtlich des Endpunkts Vollremission lagen Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden. Für den Auswertungszeitpunkt 5 Jahre konnte dies aufgrund unzureichender Angaben nicht erfolgen.

Abbildung 6 und Abbildung 7 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung der Studienarme zum Endpunkt Vollremission depressive Störung zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr und 3 Jahre. Es zeigte sich für beide Auswertungszeitpunkte keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,392 und p = 0,983). Die Zusammenfassung der Kontrollstudienarme zeigte für beide Auswertungszeitpunkte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Auch bezüglich der Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 5 Jahre konnte mit Blick auf die Größenordnung der Effektschätzer im

Vergleich mit den anderen Zeitpunkten nicht von einer statistischen Signifikanz der Unterschiede ausgegangen werden. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung (bzw. mit einer Richtlinientherapie) festgestellt.

A3.4.4.2.2 Endpunktkategorie Depressivität

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Depressivität für alle Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Depressivität in der Gesamtschau aller Endpunkte.

A3.4.4.2.2.1 Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Tabelle 78: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Studie	Verzerrungs-potenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Seikkula 2013	hoch	nein[a]	nein[c]	ja	ja	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Nichtberücksichtigungsanteil in allen Analysen > 10 %, keine Ersetzung fehlender Werte
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

In Tabelle 79 und Tabelle 80 sind die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) der Studie Knekt 2004 bzw. die Skalenwerte der Studien Knekt 2004 und Seikkula 2013, die der Schätzung der Odd Ratios des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) zugrunde lagen, dargestellt.

Tabelle 79: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	BDI < 10	LFT vs. PDKT	3	79[b]	37 (47[c])	87[b]	29 (33[c])	1,92 [0,98; 3,70][d]; ≥ 0,05
			7	79[b]	44 (56[c])	87[b]	40 (46[c])	1,52 [k. A.][d]; ≥ 0,05
			9	79[b]	36 (45[c])	87[b]	39 (45[c])	0,98 [k. A.][d]; ≥ 0,05
			12	79[b]	40 (51[c])	87[b]	50 (57[c])	0,80 [k. A.][d]; ≥ 0,05
			18	79[b]	41 (52[c])	87[b]	50 (57[c])	0,82 [k. A.][d]; ≥ 0,05
			24	79[b]	41 (52[c])	87[b]	45 (52[c])	1,01 [k. A.][d]; ≥ 0,05
			36	79[b]	40 (51[c])	87[b]	48 (55[c])	0,88 [k. A.][d]; ≥ 0,05
		LFT vs. PDLT	3	79[b]	37 (47[c])	111[b]	27 (24[c])	3,07 [k. A.]; < 0,05
			7	79[b]	44 (56[c])	111[b]	33 (30[c])	3,21 [1,65; 6,27]; < 0,05
			9	79[b]	36 (45[c])	111[b]	40 (36[c])	1,43 [k. A.]; ≥ 0,05
			12	79[b]	40 (51[c])	111[b]	41 (37[c])	1,77 [k. A.]; ≥ 0,05
			18	79[b]	41 (52[c])	111[b]	63 (57[c])	0,82 [k. A.]; ≥ 0,05
			24	79[b]	41 (52[c])	111[b]	64 (58[c])	0,79 [k. A.]; ≥ 0,05
			36	79[b]	40 (51[c])	111[b]	74 (67[c])	0,51 [k. A.]; ≥ 0,05

(Fortsetzung)

Tabelle 79: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) (Fortsetzung)

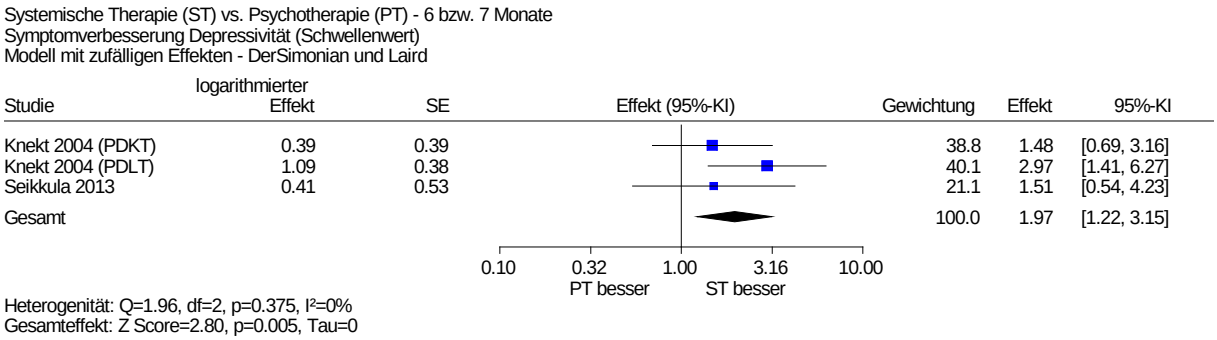
a: eigene Berechnung
b: Da dieser Endpunkt nur für die Subpopulation der Patienten mit einem BDI ≥ 10 zu Baseline gilt, wurde die Zahl randomisierter Patienten durch die Zahl von Patienten mit einem BDI ≥ 10 innerhalb des jeweiligen Studienarms ersetzt (LFT: 79; PDKT: 87; PDLT: 111).
c: Die Werte wurden aus einer Grafik abgelesen.
d: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt (Kehrwertbildung).
BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Tabelle 80: Skalenwerte, die der Schätzung der ORs für Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) zugrunde lagen

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Prüfintervention**			**Vergleichsintervention**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Knekt 2004	BDI	LFT vs. PDKT	0	97	18,2 (0,8[a])	n. a.	101	17,9 (0,9[a])	n. a.	k. A.	n. a.
			60	97	9,7 (1,0[a])	k. A.	101	8,5 (0,9[a])	k. A.	0,9 [−1,7; 3,4]; k. A.	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	18,2 (0,8[a])	n. a.	128	18,7 (0,7[a])	n. a.	k. A.	n. a.
			60	97	9,7 (1,0[a])	k. A.	128	7,6 (0,8[a])	k. A.	2,0 [−0,4; 4,5]; k. A.	k. A.
Seikkula 2013	BDI	SPT vs. PT	0	29	24,2 (5,4)	n. a.	22	24,1 (5,5)	n. a.	n. a.	n. a.
			6	29	14,6 (9,3)	k. A.	22	18,3 (11,2)	k. A.	k. A.	k. A.
			12	29	k. A.	k. A.	22	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			18	29	k. A.	k. A.	22	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			24	29	10,2 (11,3)	k. A.	22	12,6 (11,3)	k. A.	k. A.	k. A.

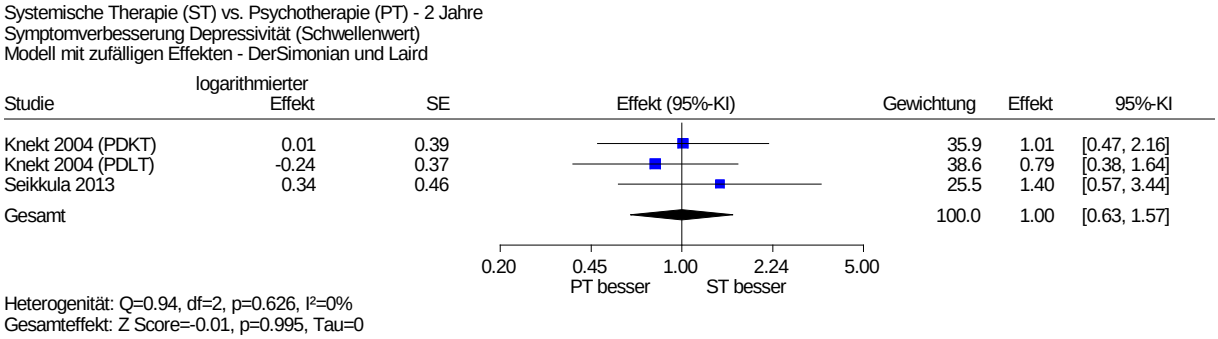
a: Standardfehler

BDI: Beck Depression Inventory; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); SD: Standardabweichung; SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); vs.: versus



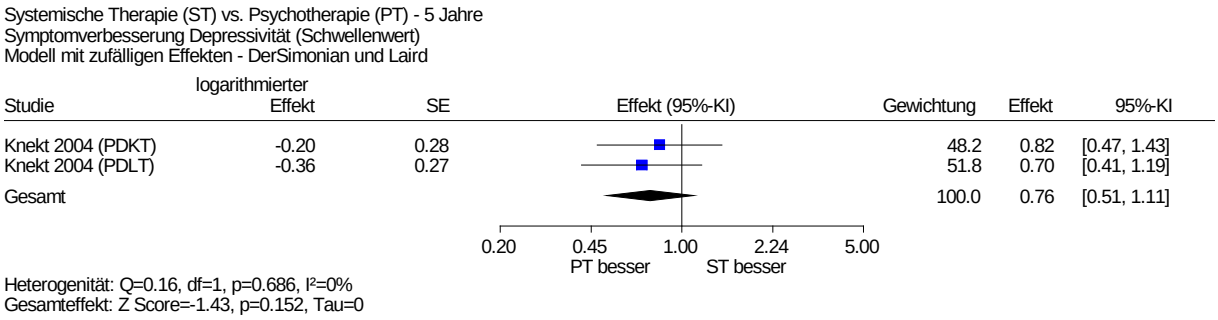
OR wurden bei Seikkula 2013 aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 22 Ereignissen und 39,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 8: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 6 bzw. 7 Monaten



OR wurden bei Seikkula 2013 aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 20,5 Ereignissen und 39,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 9: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 2 Jahren



OR wurden bei Knekt 2004 aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 39,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 10: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) wurde die Anzahl von Patienten mit einem BDI-Gesamtscore < 10 [197] verstanden. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) wurden Metaanalysen mit den Ergebnissen zu 3 Auswertungszeitpunkten aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit durchgeführt. Bei Seikkula 2013 wurden für die Auswertungszeitpunkte 6 bzw. 7 Monate und 2 Jahre, bei Knekt 2004 für den Auswertungszeitpunkt 5 Jahre die aus den stetigen Skalenwerten des BDI geschätzten ORs verwendet. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden. Abbildung 8, Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigen die Ergebnisse der Metaanalysen zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) zu den Auswertungszeitpunkten 6 bzw. 7 Monate, 2 Jahre und 5 Jahre. Es zeigte sich für alle Auswertungszeitpunkte keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: $p = 0{,}375$, $p = 0{,}626$ und $p = 0{,}686$).

Auf Basis zweier Studien mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich in der metaanalytischen Zusammenfassung zum Auswertungszeitpunkt 6 bzw. 7 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen der systemischen Therapie. Es wird daher ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung zum Auswertungszeitpunkt 6 bzw. 7 Monate festgestellt.

Für die Auswertungszeitpunkte 2 Jahre und 5 Jahre zeigte sich jeweils kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass zu diesen Auswertungszeitpunkten kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

A3.4.4.2.2.2 Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)

Tabelle 81: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

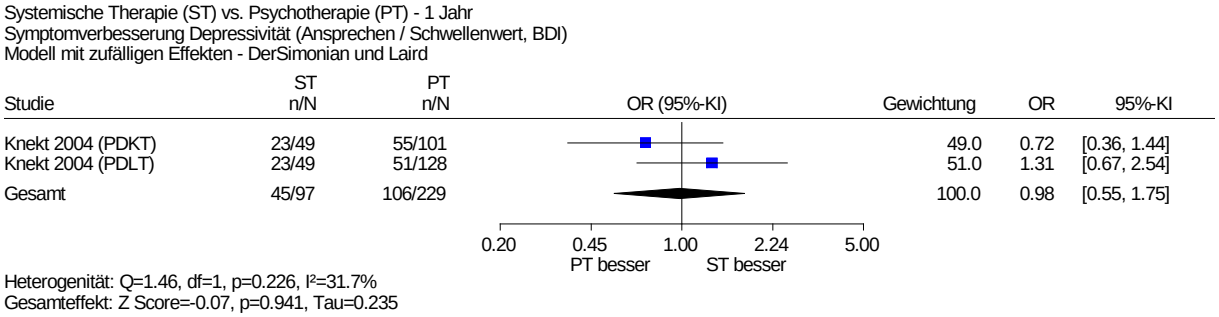
a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
BDI: Beck Depression Inventory; ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)

Tabelle 82: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI)

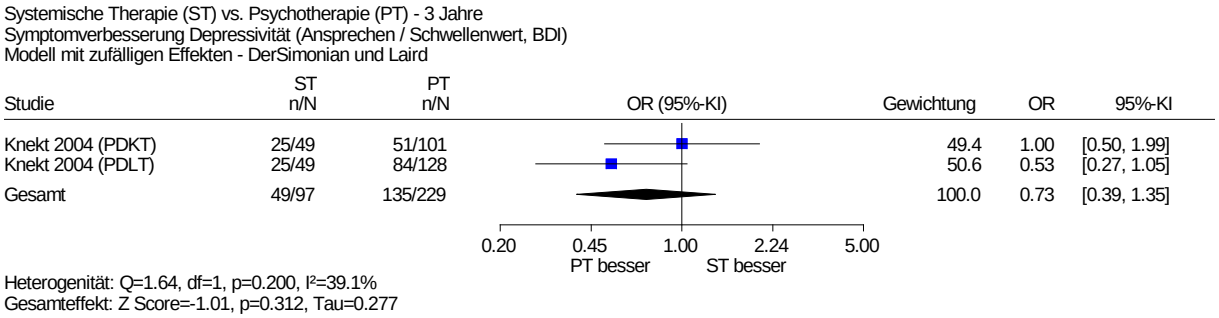
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	mindestens 50%ige Reduktion des BDI-Gesamtscores oder BDI-Gesamtscore < 10; keine Zusatztherapie	LFT vs. PDKT	0	97	12 (12[b])	101	12 (12[b])	k. A.
			12	97	45 (46[b])	101	55 (54[b])	k. A.
			24	97	44 (45[b])	101	52 (51[b])	k. A.
			36	97	49 (50[b])	101	51 (50[b])	k. A.
			48	97	49 (50[b])	101	40 (40[b])	k. A.
			60	97	43 (44[b])	101	44 (44[b])	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	12 (12[b])	128	15 (12[b])	k. A.
			12	97	45 (46[b])	128	51 (40[b])	k. A.
			24	97	44 (45[b])	128	73 (57[b])	k. A.
			36	97	49 (50[b])	128	84 (66[b])	k. A.
			48	97	49 (50[b])	128	83 (65[b])	k. A.
			60	97	43 (44[b])	128	78 (61[b])	k. A.

a: eigene Berechnung
b: Die Werte wurden aus einer Grafik abgelesen.
BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis;
OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus



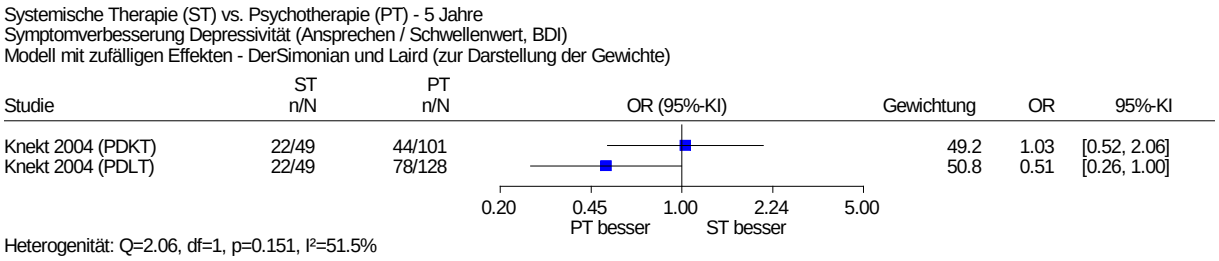
Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 22,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 11: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 24,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 12: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 21,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 13: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die keine Zusatztherapie erhielten (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich entweder eine mindestens 50%ige Reduktion des BDI-Gesamtscores [197] erfuhren oder einen BDI-Gesamtscore < 10 hatten.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) lagen Ergebnisse zu 3 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, wurden die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst. Abbildung 11, Abbildung 12 und Abbildung 13 zeigen die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; BDI) zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre und 5 Jahre.

Für die Auswertungszeitpunkte 1 Jahr und 3 Jahre zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: $p = 0{,}226$ und $p = 0{,}200$). Für beide Auswertungszeitpunkte zeigte sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass zu diesen Auswertungszeitpunkten kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

Für den Auswertungszeitpunkt 5 Jahre zeigte der Q-Test heterogene Effekte (Interaktionstest: $p = 0{,}151$), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen keine gleichgerichteten Effekte vor und in beiden Einzelvergleichen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.2.3 Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)

Tabelle 83: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat; SCL-90: Symptom-Checklist-90

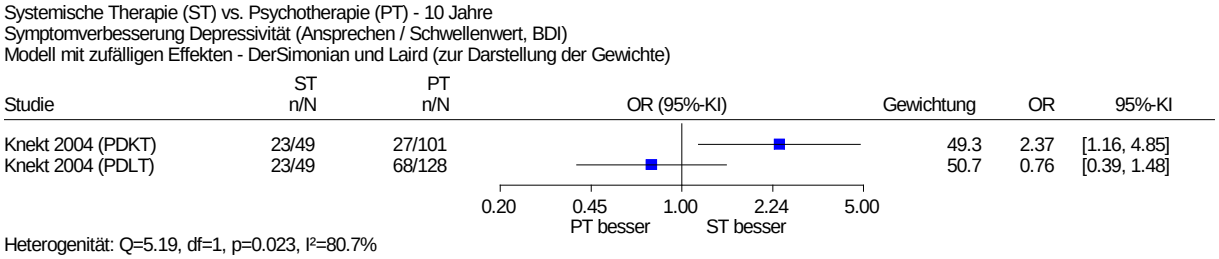
Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)

Tabelle 84: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-DEP oder SCL-90-DEP < 0,9; keine Zusatztherapie	LFT vs. PDKT	0	97	7 (7)	101	10 (10)	k. A.
			72	97	34 (35)	101	42 (42)	k. A.
			84	97	33 (34)	101	36 (36)	k. A.
			120	97	45 (46)	101	27 (27)	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	7 (7)	128	10 (8)	k. A.
			72	97	34 (35)	128	61 (48)	k. A.
			84	97	33 (34)	128	69 (54)	k. A.
			120	97	45 (46)	128	68 (53)	k. A.

a: eigene Berechnung

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SCL-90-DEP: Symptom-Checklist-90 Skala Depressivität (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 22,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 14: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert, BDI), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die keine Zusatztherapie erhielten (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich entweder eine mindestens 50%ige Reduktion auf der SCL-90-DEP-Skala [203,204] erfuhren oder einen SCL-90-DEP-Wert < 0,9 hatten.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) lagen Ergebnisse zu einem Auswertungszeitpunkt aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse der zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen / Schwellenwert; SCL-90) zum Auswertungszeitpunkt 10 Jahre. Es zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,023), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Da es sich in beiden Kontrollstudienarmen um unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen handelte, wurde die Art der Behandlung im Kontrollstudienarm als Effektmodifikator betrachtet. Während sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie kein signifikanter Unterschied zeigte, ergab sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung zum Auswertungszeitpunkt 10 Jahre festgestellt.

A3.4.4.2.2.4 Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)

Tabelle 85: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Seikkula 2013	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	nein[c]	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Nichtberücksichtigungsanteil in allen Analysen > 10 %, keine Ersetzung fehlender Werte
c: Im Rahmen der Bestimmung „klinischer Signifikanz“ nach Jacobson und Truax [185] wurden weder der ermittelte Trennwert noch Literaturbelege für die zur Trennwertermittlung herangezogene Referenzpopulation angegeben.
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)

Tabelle 86: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Seikkula 2013	BDI[a]	SPT vs. PT	6	29	11[b] (37,9)	22	8[b] (35,3)	1,07 [0,34; 3,37]; 0,963[c]
			24	29	23[b] (79)	22	15[b] (70)	1,79 [0,50; 6,37]; 0,399[c]

a: Anzahl von Patienten mit einer klinisch und statistisch signifikanten Symptomreduktion gegenüber Baseline nach Jacobson und Truax [185].
b: eigene Berechnung
c: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PT: Psychotherapie (Treatment as Usual);
SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) wurde die Anzahl der Patienten mit klinisch signifikanter Reduktion des BDI-Gesamtscores nach Jacobson und Truax [185] verstanden.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Jacobson / Truax) liegen Ergebnisse für die 2 Auswertungszeitpunkte 6 Monate und 2 Jahre aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Für beide Auswertungszeitpunkte ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.2.5 Nutzenaussage für den Endpunktkategorie Depressivität

In der Gesamtschau der Ergebnisse für die Endpunkte der Endpunktkategorie Depressivität wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.3 Endpunktkategorie Angstsymptomatik

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Angstsymptomatik für alle Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik in der Gesamtschau aller Endpunkte.

A3.4.4.2.3.1 Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)

Tabelle 87: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)

In Tabelle 88 und Tabelle 89 sind die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) der Studie Knekt 2004 bzw. die Skalenwerte der Studien Knekt 2004, die der Schätzung der Odd Ratios des Endpunkts Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) zugrunde lagen, dargestellt.

Tabelle 88: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert)

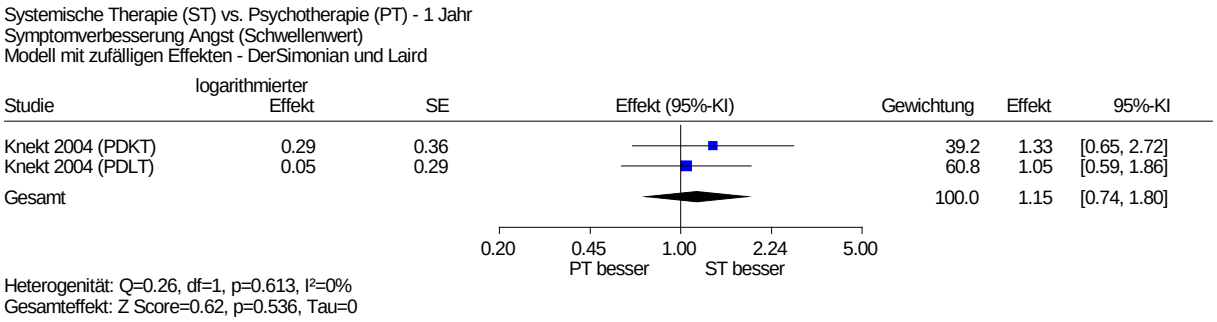
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR[a] [95 %-KI][a]; p-Wert[a]
Knekt 2004	HARS < 8	LFT vs. PDKT	7	97[b]	31 (32)	101[b]	29 (29)	1,17 [0,64; 2,14]; 0,710[c]
			12	97[b]	37 (38)	101[b]	32 (32)	1,33 [0,74; 2,39]; 0,529[c]
		LFT vs. PDLT	7	97[b]	31 (32)	128[b]	k. A.	k. A.
			12	97[b]	37 (38)	128[b]	k. A.	k. A.

a: eigene Berechnung
b: Es wird berichtet, dass > 95 % der Patienten einen HARS-Wert ≥ 8 zu Baseline aufwiesen, ohne separate Anteilswerte für die einzelnen Studienarme aufzuführen. Es werden daher die Angaben zur Zahl randomisierter Patienten beibehalten.
c: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [87]
HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Wertebereich 0–56, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis;
OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Tabelle 89: Skalenwerte, die der Schätzung der ORs für Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) zugrunde lagen

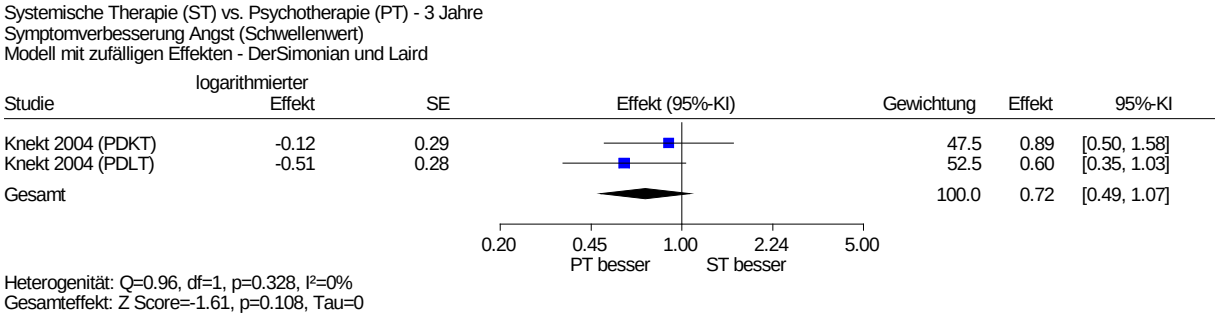
Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Prüfintervention**			**Vergleichsintervention**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SE)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SE)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Knekt 2004	HARS	LFT vs. PDKT	12	97	10,7 (0,6)	k. A.	101	10,0 (0,6)	k. A.	0,8 [−0,8; 2,4][a]	k. A.
			36	97	10,2 (0,6)	k. A.	101	9,8 (0,6)	k. A.	0,5 [−1,1; 2,0][a]	k. A.
			60	97	9,9 (0,7)	k. A.	101	9,0 (0,7)	k. A.	0,9 [−0,9; 2,8][a]	k. A.
		LFT vs. PDLT	12	97	10,7 (0,6)	k. A.	128	11,3 (0,6)	k. A.	−0,6 [−2,2; 0,9]	k. A.
			36	97	10,2 (0,6)	k. A.	128	8,3 (0,5)	k. A.	1,9 [0,4; 3,4[b]]	k. A.
			60	97	9,9 (0,7)	k. A.	128	8,1 (0,6)	k. A.	1,8 [0,1; 3,6[b]]	k. A.

a: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt.
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen wurde korrigiert.
HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale (Wertebereich 0–56, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben;
KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten
PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; vs.: versus



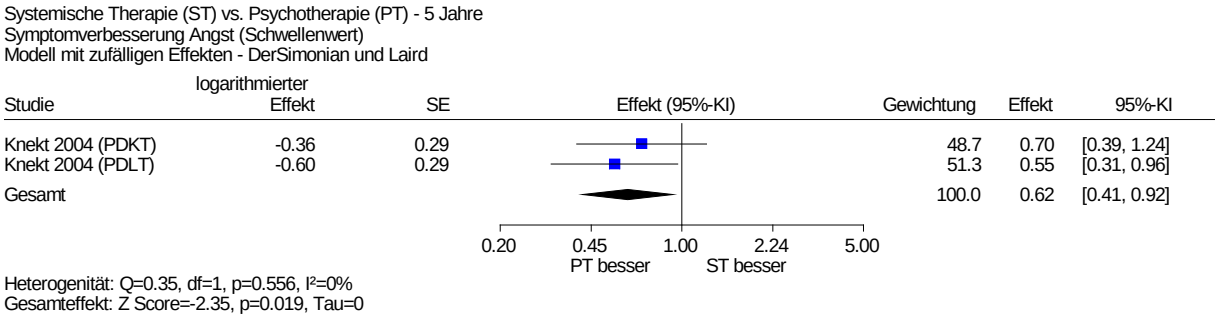
OR im PDLT-Arm wurde aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgte mit 18,5 Ereignissen im PDKT-Arm und jeweils 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 15: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahren



OR wurden aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 16: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren



OR wurden aus Skalenwerten geschätzt nach Suissa [196]. Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 17: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) wurde die Anzahl von Patienten mit einem Hamilton-Anxiety-Rating-Scale(HARS)-Gesamtscore < 8 [187] verstanden. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Mit den Ergebnissen zu 3 Auswertungszeitpunkten wurde eine metaanalytische Zusammenfassung der Studienarme durchgeführt. Dabei wurden die aus den stetigen Skalenwerten der HARS geschätzten ORs verwendet. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme meta-analytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 15, Abbildung 16 und Abbildung 17 zeigen die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Schwellenwert) zu den Auswertungszeitpunkten 1, 3 und 5 Jahre. Es zeigte sich für alle Auswertungszeitpunkte keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: $p = 0{,}613$, $p = 0{,}328$ und $p = 0{,}556$). Während sich für die Auswertungszeitpunkte 1 und 3 Jahre kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zeigte, ergab sich für den Auswertungszeitpunkt 5 Jahre ein statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Für den Auswertungszeitpunkt 3 Jahre wird kein Anhaltspunkt festgestellt.

A3.4.4.2.3.2 Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)

Tabelle 90: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)

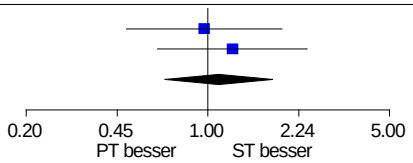
Tabelle 91: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-ANX oder SCL-90-ANX < 0,9; keine Zusatztherapie	LFT vs. PDKT	12	97	53 (55[b])	101	56 (55[b])	k. A.
			24	97	52 (54[b])	101	54 (53[b])	k. A.
			36	97	48 (49[b])	101	54 (53[b])	k. A.
			48	97	51 (53[b])	101	45 (45[b])	k. A.
			60	97	52 (54[b])	101	47 (47[b])	k. A.
			72	97	46 (47)	101	54 (53)	k. A.
			84	97	47 (48)	101	49 (49)	k. A.
			120	97	57 (59)	101	39 (39)	k. A.
		LFT vs. PDLT	12	97	53 (55[b])	128	63 (49[b])	k. A.
			24	97	52 (54[b])	128	73 (57[b])	k. A.
			36	97	48 (49[b])	128	90 (70[b])	k. A.
			48	97	51 (53[b])	128	87 (68[b])	k. A.
			60	97	52 (54[b])	128	84 (66[b])	k. A.
			72	97	46 (47)	128	78 (61)	k. A.
			84	97	47 (48)	128	78 (61)	k. A.
			120	97	57 (59)	128	84 (66)	k. A.

a: eigene Berechnung
b: Die Werte wurden aus einer Grafik abgelesen.
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SCL-90-ANX: Symptom-Checklist-90 Skala Ängstlichkeit (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	27/49	56/101		48.1	0.97	[0.49, 1.93]
Knekt 2004 (PDLT)	27/49	63/128		51.9	1.24	[0.64, 2.41]
Gesamt	53/97	119/229		100.0	1.10	[0.68, 1.78]



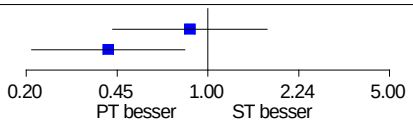
Heterogenität: Q=0.26, df=1, p=0.608, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.40, p=0.690, Tau=0

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 26,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 18: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	24/49	54/101		49.8	0.85	[0.43, 1.69]
Knekt 2004 (PDLT)	24/49	90/128		50.2	0.41	[0.21, 0.82]



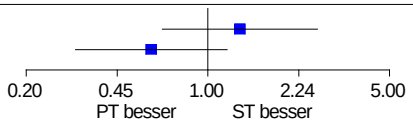
Heterogenität: Q=2.16, df=1, p=0.142, I²=53.7%

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 24 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 19: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	26/49	47/101		49.6	1.33	[0.67, 2.64]
Knekt 2004 (PDLT)	26/49	84/128		50.4	0.61	[0.31, 1.19]



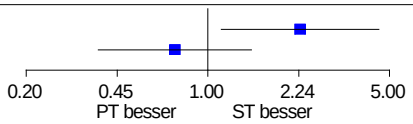
Heterogenität: Q=2.57, df=1, p=0.109, I²=61.1%

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 26 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 20: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 10 Jahre
Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert)
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	29/49	39/101		49.7	2.27	[1.13, 4.55]
Knekt 2004 (PDLT)	29/49	84/128		50.3	0.75	[0.38, 1.47]



Heterogenität: Q=5.00, df=1, p=0.025, I²=80.0%

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 28,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 21: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die keine Zusatztherapie erhielten (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich entweder eine mindestens 50%ige Reduktion auf der SCL-90-ANX-Skala [203,204] erfuhren oder einen SCL-90-ANX-Wert < 0,9 hatten.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 18, Abbildung 19, Abbildung 20 und Abbildung 21 zeigen die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Angst (Ansprechen / Schwellenwert) zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre. Für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,608). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird. Für die Auswertungszeitpunkte 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,142, p = 0,109 und p = 0,025), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Da es sich in beiden Kontrollstudienarmen um unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen handelte, wurde die Art der Behandlung im Kontrollstudienarm als Effektmodifikator betrachtet. Für den Auswertungszeitpunkt 3 Jahre zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie zum Auswertungszeitpunkt 3 Jahre festgestellt. Für den

Auswertungszeitpunkt 5 Jahre zeigte sich in beiden Einzelvergleichen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Für den Auswertungszeitpunkt 10 Jahre zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie zum Auswertungszeitpunkt 10 Jahre festgestellt.

A3.4.4.2.3.3 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Angstsymptomatik

In der Gesamtschau der Ergebnisse für die Endpunkte der Endpunktkategorie Angstsymptomatik wird ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.4 Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik für alle Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik in der Gesamtschau aller Endpunkte.

A3.4.4.2.4.1 Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 92: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 93: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

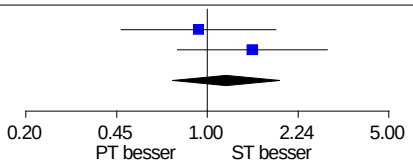
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	N	Patienten mit Ereignissen n[a] (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	mindestens 50%ige Reduktion des SCL-90-GSI oder SCL-90-GSI < 0,9; keine Zusatztherapie	LFT vs. PDKT	12	97	49 (50[b])	101	53 (52[b])	k. A.
			24	97	45 (46[b])	101	51 (50[b])	k. A.
			36	97	45 (46[b])	101	45 (45[b])	k. A.
			48	97	46 (47[b])	101	38 (38[b])	k. A.
			60	97	46 (47[b])	101	45 (45[b])	k. A.
			72	97	47 (48)	101	47 (47)	k. A.
			84	97	45 (46)	101	41 (41)	k. A.
			120	97	53 (55)	101	45 (45)	k. A.
		LFT vs. PDLT	12	97	49 (50[b])	128	52 (41[b])	k. A.
			24	97	45 (46[b])	128	64 (50[b])	k. A.
			36	97	45 (46[b])	128	79 (62[b])	k. A.
			48	97	46 (47[b])	128	84 (66[b])	k. A.
			60	97	46 (47[b])	128	78 (61[b])	k. A.
			72	97	47 (48)	128	72 (56)	k. A.
			84	97	45 (46)	128	74 (58)	k. A.
			120	97	53 (55)	128	79 (62)	k. A.

a: eigene Berechnung
b: Die Werte wurden aus einer Grafik abgelesen.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SCL-90-GSI: Symptom-Checklist-90 Global Severity Index (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	25/49	53/101		48.5	0.92	[0.47, 1.83]
Knekt 2004 (PDLT)	25/49	52/128		51.5	1.49	[0.77, 2.90]
Gesamt	49/97	105/229		100.0	1.18	[0.73, 1.91]



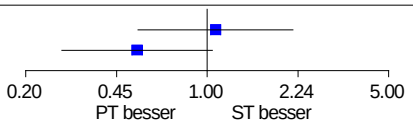
Heterogenität: Q=0.97, df=1, p=0.326, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.69, p=0.489, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 24,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 22: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	23/49	45/101		49.3	1.08	[0.54, 2.14]
Knekt 2004 (PDLT)	23/49	79/128		50.7	0.54	[0.28, 1.05]



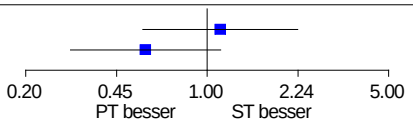
Heterogenität: Q=2.03, df=1, p=0.154, I²=50.7%

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 22,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 23: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

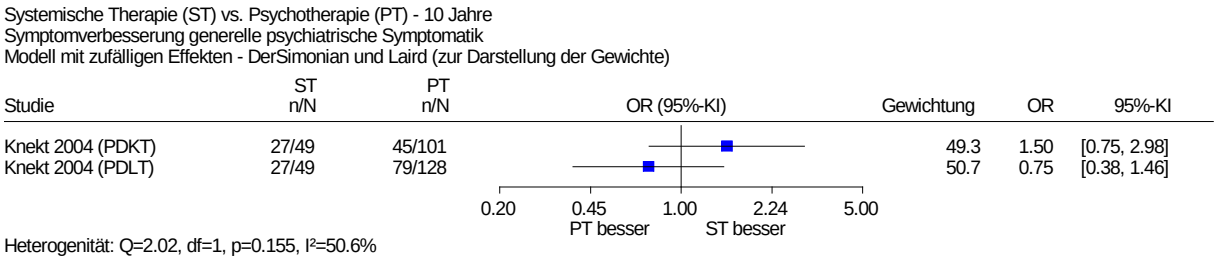
Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	23/49	45/101		49.2	1.12	[0.56, 2.23]
Knekt 2004 (PDLT)	23/49	78/128		50.8	0.58	[0.30, 1.13]



Heterogenität: Q=1.85, df=1, p=0.174, I²=45.9%

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 23 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 24: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren



Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 26,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 25: Metaanalyse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die keine Zusatztherapie erhielten (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und zusätzlich entweder eine mindestens 50%ige Reduktion auf der SCL-90-GSI-Skala [203,204] erfuhren oder einen SCL-90-GSI-Wert < 0,9 hatten.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 22, Abbildung 23, Abbildung 24 und Abbildung 25 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre.

Für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,326). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

Für die Auswertungszeitpunkte 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,154, p = 0,174 und p = 0,155), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Da es sich in beiden Kontrollstudienarmen um unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen handelte, wurde die Art der Behandlung im Kontrollstudienarm als Effektmodifikator betrachtet. Für die Auswertungszeitpunkte 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Aus-

wertungszeitpunkte hinweg wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.4.2 Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)

Tabelle 94: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Seikkula 2013	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	nein[c]	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Nichtberücksichtigungsanteil in allen Analysen > 10 %, keine Ersetzung fehlender Werte
c: Im Rahmen der Bestimmung „klinischer Signifikanz“ nach Jacobson und Truax [185] wurden weder der ermittelte Trennwert noch Literaturbelege für die zur Trennwertermittlung herangezogene Referenzpopulation angegeben.
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)

Tabelle 95: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Seikkula 2013	SCL-90-GSI[a]	SPT vs. PT	6	29	19[b] (65,5)	22	11[b] (50,0)	1,90 [0,61; 5,90]; 0,339[b]
			24	29	19[b] (67)	22	13[b] (60)	1,32 [0,42; 4,13]; 0,665[b]

a: Anzahl von Patienten mit einer klinisch und statistisch signifikanten Symptomreduktion gegenüber Baseline nach Jacobson und Truax [185]
b: eigene Berechnung
KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); SCL90-GSI: Symptom-Checklist-90 Global Severity Index (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) wurde die Anzahl der Patienten mit klinisch signifikanter Reduktion des SCL-90-GSI [203,204] nach Jacobson und Truax [185] verstanden.

Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik (Jacobson / Truax) liegen Ergebnisse aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 2 Auswertungszeitpunkten vor. Sowohl zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate als auch zum Zeitpunkt 24 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über beide Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.4.3 Generelle psychiatrische Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur generellen psychiatrischen Symptomatik

Tabelle 96: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Seikkula 2013	hoch	nein[a]	nein[c]	ja	ja	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Nichtberücksichtigungsanteil in allen Analysen > 10 %, keine Ersetzung fehlender Werte
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur generellen psychiatrischen Symptomatik

Tabelle 97: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	SCL-90-GSI	LFT vs. PDKT	0	97	1,31 (0,05[a])	n. a.	101	1,27 (0,05[a])	n. a.	k. A.	n. a.
			12	97	0,89 (0,06[a])	k. A.	101	0,81 (0,06[a])	k. A.	0,05 [−0,10; 0,19][b]; k. A.	k. A.
			24	97	0,94 (0,07[a])	k. A.	101	0,87 (0,07[a])	k. A.	0,04 [−0,14; 0,21][b]; k. A.	k. A.
			36	97	0,87 (0,06[a])	k. A.	101	0,85 (0,06[a])	k. A.	−0,01 [−0,17; 0,16][b]; k. A.	k. A.
			48	97	0,80 (0,06[a])	k. A.	101	0,76 (0,06[a])	k. A.	0,01 [−0,15; 0,17][b]; k. A.	k. A.
			60	97	0,77 (0,06[a])	k. A.	101	0,69 (0,06[a])	k. A.	0,04 [−0,11; 0,20][b]; k. A.	k. A.
			120	97	0,72 (0,07[a])	k. A.	101	0,79 (0,07[a])	k. A.	k. A.	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	1,31 (0,05[a])	k. A.	128	1,26 (0,05[a])	k. A.	k. A.	k. A.
			12	97	0,89 (0,06[a])	k. A.	128	0,95 (0,05[a])	k. A.	−0,10 [−0,24; 0,04]; k. A.	k. A.
			24	97	0,94 (0,07[a])	k. A.	128	0,84 (0,06[a])	k. A.	0,06 [−0,11; 0,22]; k. A.	k. A.
			36	97	0,87 (0,06[a])	k. A.	128	0,69 (0,05[a])	k. A.	0,14 [−0,02; 0,30]; k. A.	k. A.
			48	97	0,80 (0,06[a])	k. A.	128	0,63 (0,05[a])	k. A.	0,13 [−0,02; 0,28]; k. A.	k. A.
			60	97	0,77 (0,06[a])	k. A.	128	0,67 (0,05[a])	k. A.	0,06 [−0,09; 0,20]; k. A.	k. A.
			120	97	0,72 (0,07[a])	k. A.	128	0,59 (0,06[a])	k. A.	k. A.	k. A.
Seikkula 2013	SCL-90-GSI	SPT vs. PT	0	29	2,57 (0,39)[c]	n. a.	22	2,51 (0,53)[c]	n. a.	k. A.	n. a.
			6	29	2,02 (0,58)[c]	k. A.	22	2,21 (0,78)[c]	k. A.	k. A.	k. A.
			12	29	1,77 (0,64)[c]	k. A.	22	1,89 (0,68)[c]	k. A.	k. A.	k. A.
			18	29	1,71 (0,64)[c]	k. A.	22	1,82 (0,79)[c]	k. A.	k. A.	k. A.
			24	29	1,78 (0,67)[c]	k. A.	22	1,84 (0,72)[c]	k. A.	k. A.	k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 97: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik (Fortsetzung)

a: Standardfehler

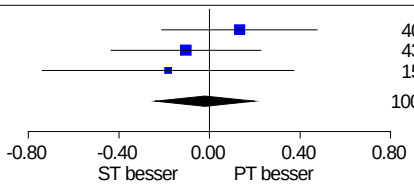
b: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt.

c: Die in der Publikation berichteten Werte wurden durch 90 geteilt, um den GSI zu erhalten.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); SCL-90-GSI: Symptom-Checklist-90 Global Severity Index (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Generelle Psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	0.89	0.59	101	0.81	0.60	40.7	0.13	[-0.21, 0.48]
Knekt 2004 (PDLT)	49	0.89	0.59	128	0.95	0.57	43.8	-0.10	[-0.43, 0.23]
Seikkula 2013	29	1.77	0.64	22	1.89	0.68	15.5	-0.18	[-0.74, 0.37]
Gesamt	126			251			100.0	-0.02	[-0.24, 0.20]



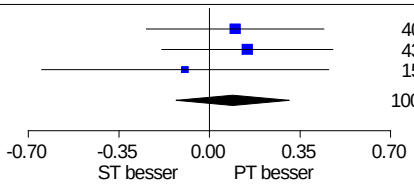
Heterogenität: Q=1.34, df=2, p=0.511, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-0.18, p=0.858, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 26: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 2 Jahre
Generelle Psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	0.94	0.69	101	0.87	0.70	40.7	0.10	[-0.24, 0.44]
Knekt 2004 (PDLT)	49	0.94	0.69	128	0.84	0.68	43.7	0.15	[-0.18, 0.48]
Seikkula 2013	29	1.78	0.67	22	1.84	0.72	15.6	-0.09	[-0.65, 0.46]
Gesamt	126			251			100.0	0.09	[-0.13, 0.31]



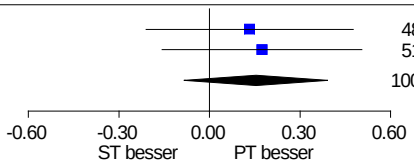
Heterogenität: Q=0.54, df=2, p=0.764, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.80, p=0.421, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 27: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 2 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Generelle Psychiatrische Symptomatik
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

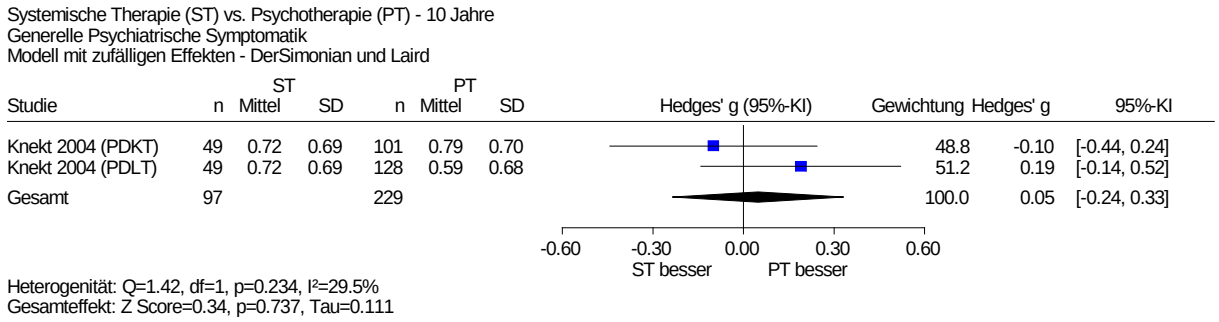
Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	0.77	0.59	101	0.69	0.60	48.3	0.13	[-0.21, 0.48]
Knekt 2004 (PDLT)	49	0.77	0.59	128	0.67	0.57	51.7	0.17	[-0.16, 0.50]
Gesamt	97			229			100.0	0.15	[-0.08, 0.39]



Heterogenität: Q=0.03, df=1, p=0.866, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=1.27, p=0.205, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 28: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren



Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 29: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik wurde der SCL-90-GSI-Wert [203,204] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit durchgeführt. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 26, Abbildung 27, Abbildung 28 und Abbildung 29 zeigen die Ergebnisse der Metaanalysen zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 2 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre. Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich keine Heterogenität der Effekte ($p = 0{,}511$, $p = 0{,}764$, $p = 0{,}866$ und $p = 0{,}234$). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für keinen der Zeitpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.2.4.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik

In der Gesamtschau der Ergebnisse für die Endpunkte der Endpunktkategorie generelle psychiatrische Symptomatik wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 98: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

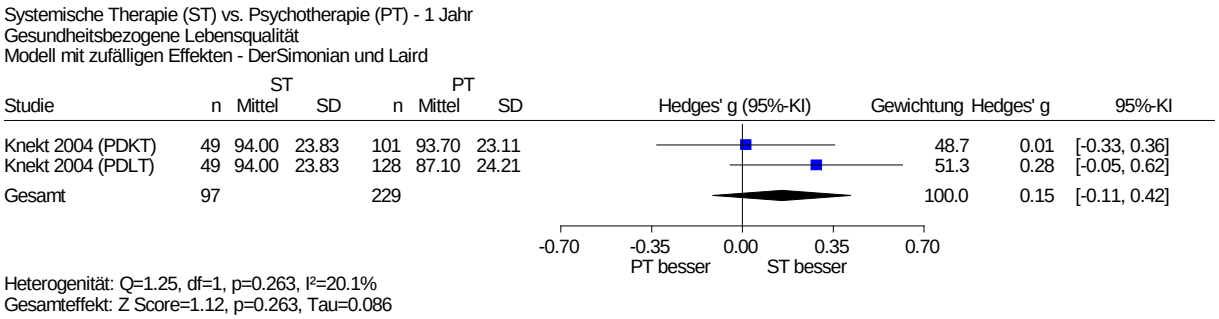
Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 99: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	LSS	LFT vs. PDKT	0	97	79,0 (1,80)	n. a.	101	78,4 (1,76)	n. a.	k. A.	n. a.
			7	97	92,5 (2,38)	k. A.	101	92,1 (2,33)	k. A.	0,6 [−5,3; 6,5][a]; k. A.	k. A.
			12	97	94,0 (2,42)	k. A.	101	93,7 (2,30)	k. A.	0,6 [−5,3; 6,5][a]; k. A.	k. A.
			36	97	94,3 (2,69)	k. A.	101	96,0 (2,52)	k. A.	−1,8 [−8,7; 5,0][a]; k. A.	k. A.
			60	97	96,3 (2,70)	k. A.	101	96,6 (2,57)	k. A.	0,05 [−6,8; 6,9][a]; k. A.	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	79,0 (1,80)	n. a.	128	78,0 (1,57)	n. a.	k. A.	n. a.
			7	97	92,5 (2,38)	k. A.	128	83,5 (2,15)	k. A.	8,8 [3,2; 14,5] [a]; k. A.	k. A.
			12	97	94,0 (2,42)	k. A.	128	87,1 (2,14)	k. A.	6,9 [1,2; 12,6] [a]; k. A.	k. A.
			36	97	94,3 (2,69)	k. A.	128	100,2 (2,32)	k. A.	−6,0 [−12,6; 0,61] [a]; k. A.	k. A.
			60	97	96,3 (2,70)	k. A.	128	101,1 (2,26)	k. A.	−4,4 [−10,9; 2,08][a]; k. A.	k. A.

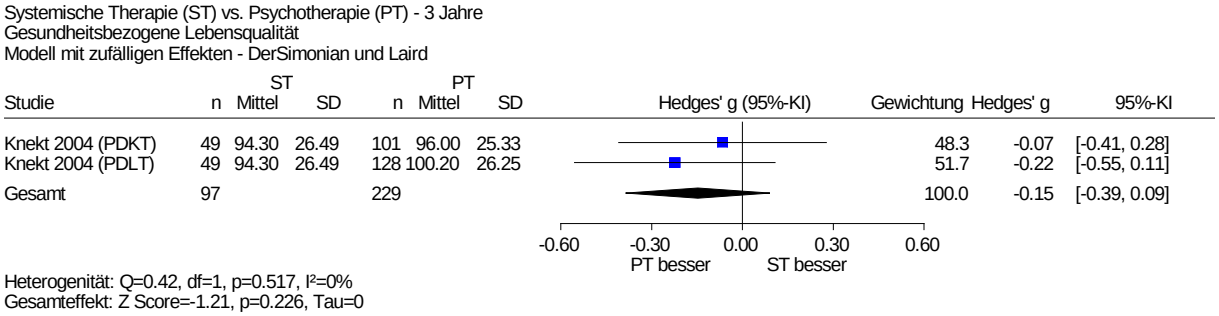
a: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); LSS: Life Situation Survey (Wertebereich 20–140, höhere Werte indizieren eine höhere Lebensqualität); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; vs.: versus



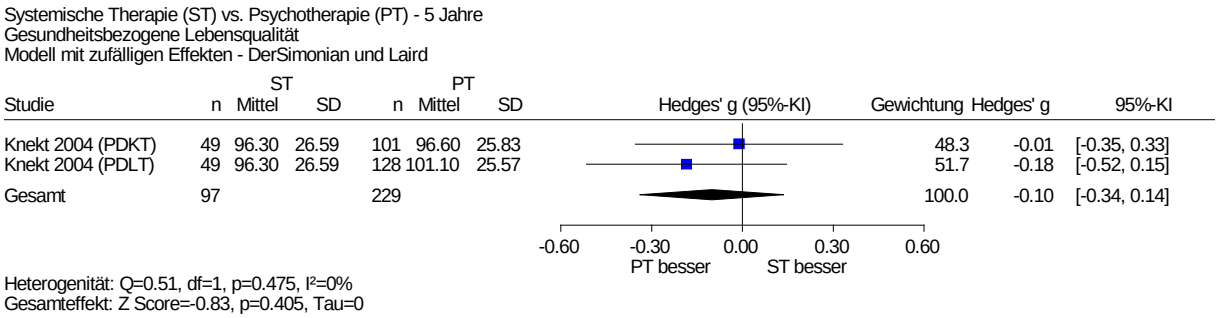
Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 30: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr



Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 31: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren



Die Anzahl an Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 32: Metaanalyse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde der „Life Situation Survey“ (LSS; [209]) verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität lagen Ergebnisse zu 3 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen

Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 30, Abbildung 31 und Abbildung 32 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre und 5 Jahre. Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich keine Heterogenität der Effekte ($p = 0{,}263$, $p = 0{,}517$ und $p = 0{,}475$). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für keinen der Zeitpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.4.4.4.1 Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Tabelle 100: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Tabelle 101: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit

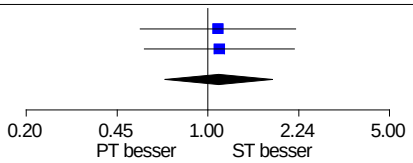
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	WAI ≥ 36 und keine Zusatztherapie	LFT vs. PDKT	0	97	33[a] (34[b])	101	34[a] (34[b])	k. A.
			12	97	54[a] (56[b])	101	54[a] (53[b])	k. A.
			24	97	49[a] (51[b])	101	62[a] (61[b])	k. A.
			36	97	52[a] (54[b])	101	51[a] (50[b])	k. A.
			48	97	50[a] (52[b])	101	43[a] (43[b])	k. A.
			60	97	49[a] (51[b])	101	40[a] (40[b])	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	33[a] (34[b])	128	33[a] (34[b])	k. A.
			12	97	54[a] (56[b])	128	68[a] (53[b])	k. A.
			24	97	49[a] (51[b])	128	90[a] (70[b])	k. A.
			36	97	52[a] (54[b])	128	95[a] (74[b])	k. A.
			48	97	50[a] (52[b])	128	90[a] (70[b])	k. A.
			60	97	49[a] (51[b])	128	91[a] (71[b])	k. A.

a: eigene Berechnung
b: Die Werte wurden aus einer Grafik abgelesen.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus; WAI: Work Ability Index (Wertebereich 7–49, höhere Werte indizieren eine höhere Arbeitsfähigkeit)

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Arbeitsfähigkeit
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	27/49	54/101		48.2	1.09	[0.55, 2.18]
Knekt 2004 (PDLT)	27/49	68/128		51.8	1.11	[0.57, 2.15]
Gesamt	54/97	122/229		100.0	1.10	[0.68, 1.78]



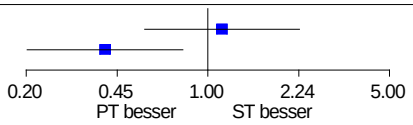
Heterogenität: Q=0.00, df=1, p=0.978, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.39, p=0.694, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 27 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 33: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Arbeitsfähigkeit
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	26/49	51/101		50.1	1.13	[0.57, 2.25]
Knekt 2004 (PDLT)	26/49	95/128		49.9	0.40	[0.20, 0.80]



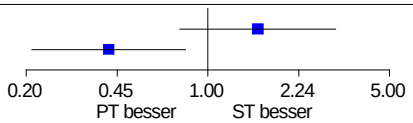
Heterogenität: Q=4.37, df=1, p=0.036, I²=77.1%

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 26 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 34: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Arbeitsfähigkeit
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird (zur Darstellung der Gewichte)

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	25/49	40/101		49.9	1.56	[0.78, 3.10]
Knekt 2004 (PDLT)	25/49	91/128		50.1	0.42	[0.21, 0.82]



Heterogenität: Q=7.15, df=1, p=0.007, I²=86.0%

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 24,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 35: Metaanalyse zur Arbeitsfähigkeit, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Arbeitsfähigkeit wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die keine Zusatztherapie erhielten (Einnahme von Psychopharmaka seit mindestens 6 Monaten oder Psychotherapie mit mindestens 20 Sitzungen oder psychiatrische Hospitalisierung) und einen Work-Ability-Index(WAI)-Wert ≥ 36 [211-213] hatten.

Hinsichtlich des Endpunkts Arbeitsfähigkeit liegen Ergebnisse zu 3 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 33, Abbildung 34 und Abbildung 35 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre und 5 Jahre.

Für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (p = 0,978). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

Für die Auswertungszeitpunkte 3 Jahre und 5 Jahre zeigte sich Heterogenität der Effekte (p = 0,036 und p = 0,007), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Da es sich in beiden Kontrollstudienarmen um unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungen handelte, wurde die Art der Behandlung im Kontrollstudienarm als Effektmodifikator betrachtet. Während sich zu beiden Auswertungszeitpunkten für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Kurzzeittherapie kein signifikanter Unterschied zeigte, ergab sich für den Vergleich systemische Therapie versus psychodynamische Langzeittherapie ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zuungunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer psychodynamischen Langzeittherapie zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 5 Jahre festgestellt.

A3.4.4.4.2 Endpunkt Erwerbsstatus

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum Erwerbsstatus

Tabelle 102: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Erwerbsstatus

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Erwerbsstatus

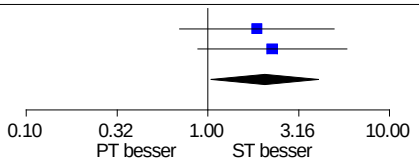
Tabelle 103: Ergebnisse zum Endpunkt Erwerbsstatus

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	Erwerbstätigkeit oder Studium	LFT vs. PDKT	0	97	81[a] (83,1)	101	86[a] (85,1)	k. A.
			12	97	85[a] (87,1)	101	80[a] (79,7)	k. A.
			24	97	78[a] (80,6)	101	83[a] (82,3)	k. A.
			36	97	76[a] (77,8)	101	82[a] (80,7)	k. A.
			48	97	79[a] (81,2)	101	79[a] (78,1)	k. A.
			60	97	81[a] (83,6)	101	85[a] (84,1)	k. A.
			72	97	77[a] (79,0)	101	84[a] (83,0)	k. A.
			84	97	80[a] (82,0)	101	77[a] (76,0)	k. A.
			120	97	82[a] (85,0)	101	74[a] (73)	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	81[a] (83,1)	128	97[a] (75,6)	k. A.
			12	97	85[a] (87,1)	128	97[a] (76,4)	k. A.
			24	97	78[a] (80,6)	128	104[a] (81,6)	k. A.
			36	97	76[a] (77,8)	128	98[a] (76,8)	k. A.
			48	97	79[a] (81,2)	128	100[a] (78,4)	k. A.
			60	97	81[a] (83,6)	128	105[a] (82,3)	k. A.
			72	97	77[a] (79,0)	128	105[a] (82)	k. A.
			84	97	80[a] (82,0)	128	95[a] (74)	k. A.
			120	97	82[a] (85,0)	128	93[a] (73)	k. A.

a: eigene Berechnung
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Erwerbsstatus
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	43/49	80/101		48.2	1.86	[0.70, 4.96]
Knekt 2004 (PDLT)	43/49	97/128		51.8	2.26	[0.88, 5.83]
Gesamt	85/97	177/229		100.0	2.06	[1.04, 4.07]



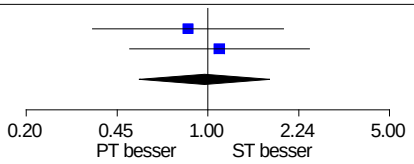
Heterogenität: Q=0.08, df=1, p=0.777, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=2.08, p=0.038, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 42,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 36: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Erwerbsstatus
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	38/49	82/101		47.0	0.84	[0.36, 1.95]
Knekt 2004 (PDLT)	38/49	98/128		53.0	1.11	[0.50, 2.46]
Gesamt	76/97	180/229		100.0	0.97	[0.54, 1.74]



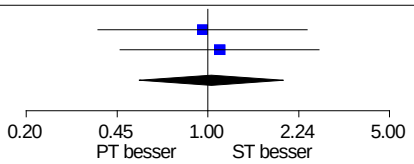
Heterogenität: Q=0.22, df=1, p=0.638, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-0.10, p=0.924, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 38 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 37: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Erwerbsstatus
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	41/49	85/101		47.5	0.95	[0.38, 2.41]
Knekt 2004 (PDLT)	41/49	105/128		52.5	1.11	[0.46, 2.68]
Gesamt	81/97	190/229		100.0	1.03	[0.54, 1.96]



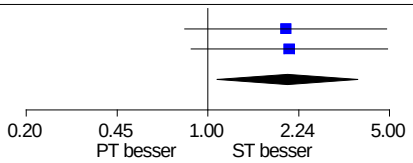
Heterogenität: Q=0.05, df=1, p=0.816, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.10, p=0.923, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 40,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 38: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 10 Jahre
Erwerbsstatus
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	41/49	74/101		48.6	1.99	[0.82, 4.88]
Knekt 2004 (PDLT)	41/49	93/128		51.4	2.06	[0.86, 4.91]
Gesamt	82/97	167/229		100.0	2.03	[1.09, 3.78]



Heterogenität: Q=0.00, df=1, p=0.961, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=2.22, p=0.026, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 41 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 39: Metaanalyse zum Erwerbsstatus, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Erwerbsstatus wurde die Anzahl von Patienten verstanden, die einer Erwerbstätigkeit oder einem Studium nachgingen. Hinsichtlich des Endpunkts Erwerbsstatus lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 36, Abbildung 37, Abbildung 38 und Abbildung 39 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Erwerbsstatus zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre. Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,777, p = 0,638, p = 0,816 und p = 0,961). Für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie, sodass zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

Für die Auswertungszeitpunkte 3 Jahre und 5 Jahre zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird. Für den Auswertungszeitpunkt 10 Jahre zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie, sodass zum Auswertungszeitpunkt 10 Jahre ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

A3.4.4.4.3 Endpunkt soziales Funktionsniveau

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau

Tabelle 104: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau

Tabelle 105: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	SAS-SR (Social Functioning)	LFT vs. PDKT	0	97	2,22 (0,04)	n. a.	101	2,15 (0,04)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	97	2,09 (0,05)	k. A.	101	2,11 (0,04)	k. A.	−0,02 [−0,15; 0,10][a]	k. A.
			7	97	1,99 (0,04)	k. A.	101	1,99 (0,04)	k. A.	−0,03 [−0,13; 0,08][a]	k. A.
			9	97	1,97 (0,05)	k. A.	101	1,92 (0,04)	k. A.	0,05 [−0,08; 0,17][a]	k. A.
			12	97	1,98 (0,05)	k. A.	101	1,93 (0,04)	k. A.	0,009 [−0,10; 0,12][a]	k. A.
			24	97	1,96 (0,05)	k. A.	101	1,92 (0,05)	k. A.	0,0 [−0,13; 0,13][a]	k. A.
			36	97	1,93 (0,05)	k. A.	101	1,91 (0,05)	k. A.	−0,02 [−0,14; 0,10][a]	k. A.
			48	97	1,88 (0,05)	k. A.	101	1,86 (0,04)	k. A.	−0,01 [−0,13; 0,10][a].	k. A.
			60	97	1,89 (0,05)	k. A.	101	1,85 (0,04)	k. A.	0,01 [−0,10; 0,13][a]	k. A.
			120	97	1,86 (0,06)	k. A.	101	1,87 (0,04)	k. A.	k. A.	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	2,22 (0,04)	n. a.	128	2,19 (0,03)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	97	2,09 (0,05)	k. A.	128	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			7	97	1,99 (0,04)	k. A.	128	2,12 (0,04)	k. A.	−0,14 [−0,24; −0,04]	k. A.
			9	97	1,97 (0,05)	k. A.	128	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			12	97	1,98 (0,05)	k. A.	128	2,03 (0,04)	k. A.	0,08 [−0,18; 0,03]	k. A.
			24	97	1,96 (0,05)	k. A.	128	1,94 (0,04)	k. A.	0,00 [−0,12; 0,12]	k. A.
			36	97	1,93 (0,05)	k. A.	128	1,83 (0,04)	k. A.	0,08 [−0,04; 0,19]	k. A.
			48	97	1,88 (0,05)	k. A.	128	1,83 (0,04)	k. A.	0,03 [−0,08; 0,14]	k. A.
			60	97	1,89 (0,05)	k. A.	128	1,82 (0,04)	k. A.	0,06 [−0,05; 0,17]	k. A.
			120	97	1,86 (0,06)	k. A.	128	1,78 (0,04)	k. A.	k. A.	k. A.

(Fortsetzung)

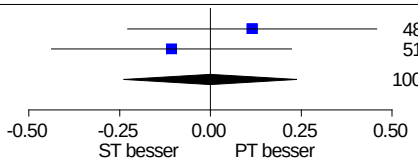
Tabelle 105: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau (Fortsetzung)

a: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); SAS-SR: Social Adjustment Scale (Self-Report) (Wertebereich 1–5, höhere Werte indizieren ein schlechteres soziales Funktionsniveau); SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Soziales Funktionsniveau
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	1.98	0.49	101	1.93	0.40	48.2	0.11	[-0.23, 0.46]
Knekt 2004 (PDLT)	49	1.98	0.49	128	2.03	0.45	51.8	-0.11	[-0.44, 0.22]
Gesamt	97			229			100.0	-0.00	[-0.24, 0.24]



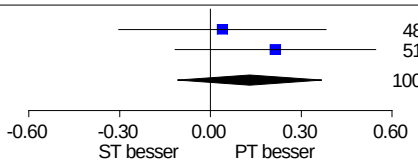
Heterogenität: Q=0.84, df=1, p=0.360, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-0.00, p=0.999, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 40: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Soziales Funktionsniveau
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	1.93	0.49	101	1.91	0.50	48.3	0.04	[-0.30, 0.38]
Knekt 2004 (PDLT)	49	1.93	0.49	128	1.83	0.45	51.7	0.21	[-0.12, 0.55]
Gesamt	97			229			100.0	0.13	[-0.11, 0.37]



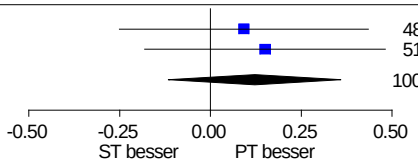
Heterogenität: Q=0.52, df=1, p=0.472, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=1.07, p=0.284, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 41: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Soziales Funktionsniveau
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	1.89	0.49	101	1.85	0.40	48.3	0.09	[-0.25, 0.43]
Knekt 2004 (PDLT)	49	1.89	0.49	128	1.82	0.45	51.7	0.15	[-0.18, 0.48]
Gesamt	97			229			100.0	0.12	[-0.12, 0.36]



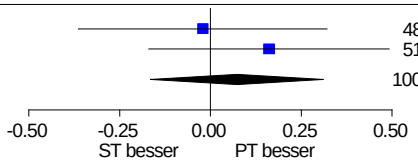
Heterogenität: Q=0.06, df=1, p=0.810, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=1.01, p=0.315, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 42: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 10 Jahre
Soziales Funktionsniveau
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n	ST Mittel	ST SD	PT n	PT Mittel	PT SD	Gewichtung	Hedges' g	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	49	1.86	0.59	101	1.87	0.40	48.3	-0.02	[-0.36, 0.32]
Knekt 2004 (PDLT)	49	1.86	0.59	128	1.78	0.45	51.7	0.16	[-0.17, 0.49]
Gesamt	97			229			100.0	0.07	[-0.16, 0.31]



Heterogenität: Q=0.56, df=1, p=0.453, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=0.60, p=0.547, Tau=0

Die Anzahl an Patienten im Interventionsstudienarm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert.

Abbildung 43: Metaanalyse zum sozialen Funktionsniveau, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 10 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales Funktionsniveau wurde der Gesamtscore der SAS-SR [210] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts soziales Funktionsniveau lagen Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 40, Abbildung 41, Abbildung 42 und Abbildung 43 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt soziales Funktionsniveau zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre und 10 Jahre. Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,360, p = 0,472, p = 0,810 und p = 0,453). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für keinen der Zeitpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.4.4.4 Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 106: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Seikkula 2013	hoch	unklar[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Der Angabe in der Studienpublikation, dass die Endpunkterheber nicht an der Durchführung der Behandlung beteiligt waren, lässt sich nicht entnehmen, ob die Endpunkterheber über die Gruppenzugehörigkeit der Patienten informiert waren oder nicht.
d: Nichtberücksichtigungsanteil in allen Analysen > 10 %, keine Ersetzung fehlender Werte
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 107: Ergebnisse zum Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	GAF	LFT vs. PDKT	0	97	55,9 (0,72[a])	n. a.	101	54,3 (0,71[a])	n. a.	1,59 [−0,42; 3,59][b]; k. A.	n. a.
			7	97	64,4 (1,18[a])	k. A.	101	65,4 (1,17[a])	k. A.	−1,04 [−4,29; 2,22][b]; k. A.	k. A.
			12	97	65,5 (1,30[a])	k. A.	101	65,6 (1,25[a])	k. A.	−0,04 [−3,58; 3,49][b]; k. A.	k. A.
		LFT vs. PDLT	0	97	55,9 (0,72[a])	n. a.	128	k. A.	n. a.	k. A.	n. a.
			7	97	64,4 (1,18[a])	k. A.	128	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			12	97	65,5 (1,30[a])	k. A.	128	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Seikkula 2013	GAF	SPT vs. PT	0	29	52,5 (10,0)	n. a.	22	52,0 (8,8)	n. a.	n. a.	n. a.
			6	29	61,3 (13,2)	k. A.	22	56,7 (10,7)	k. A.	k. A.	k. A.
			12	29	68,5 (14,2)	k. A.	22	62,1 (16,7)	k. A.	k. A.	k. A.
			18	29	68,8 (14,2)	k. A.	22	67,3 (15,3)	k. A.	k. A.	k. A.
			24	29	67,3 (15,2)	k. A.	22	66,1 (17,4)	k. A.	0,07 [−0,48; 0,63]; 0,796[c]	k. A.

a: Standardfehler
b: Die Richtung des Effekts wurde umgekehrt.
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
GAF: Global Assessment of Functioning (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren ein besseres soziales / berufliches Funktionsniveau bzw. eine geringer ausgeprägte psychische Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); PT: Psychotherapie (Treatment as Usual); SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; SPT: systemische Paartherapie (Couple Therapy); vs.: versus

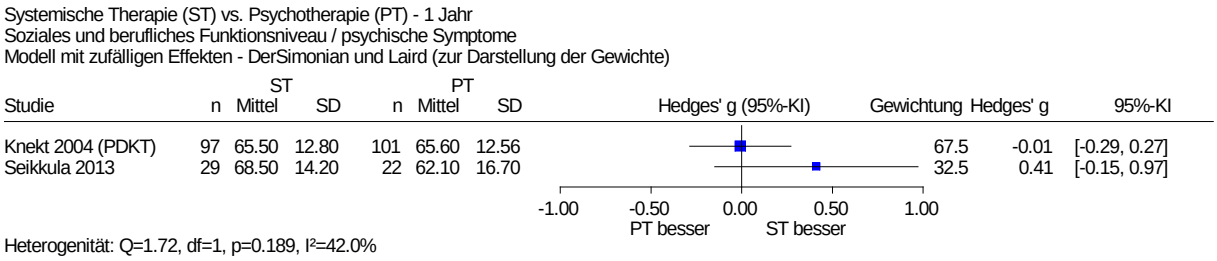


Abbildung 44: Metaanalyse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychischen Symptomen, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome wurde der Gesamtscore der Global Assessment of Functioning (GAF) [208] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome liegen Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Die Ergebnisse zu einem Auswertungszeitpunkt (1 Jahr) wurden metaanalytisch zusammengefast. Aufgrund fehlender Daten konnte nur der Kontrollstudienarm der Studie Knekt 2004, in dem eine psychodynamische Kurzzeittherapie durchgeführt wurde, in die Metaanalyse aufgenommen werden. Abbildung 44 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr. Es zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,189), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen keine gleichgerichteten Effekte vor und in beiden Einzelvergleichen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wurde daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

Tabelle 107 zeigt die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 2 Jahre aus der Studie Seikkula 2013. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

A3.4.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.4.6 Endpunkt Hospitalisierung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 108: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	ja	ja	ja	ja	niedrig
ITT: Intention to treat						

Ergebnisse zur Hospitalisierung

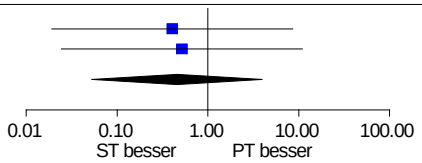
Tabelle 109: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	Hospitalisierung[a]	LFT vs. PDKT	12	97	0 (0)	101	2 (2)	k. A.
			24	97	0 (0)	101	4 (4)[b]	k. A.
			36	97	0 (0)	101	5 (5)[b]	k. A.
			48	97	0 (0)	101	6 (6)[b]	k. A.
			60	97	1 (1)	101	7[b] (7)	k. A.
		LFT vs. PDLT	12	97	0 (0)	128	2 (2)	k. A.
			24	97	0 (0)	128	4 (3)[b]	k. A.
			36	97	0 (0)	128	7 (6)[b]	k. A.
			48	97	0 (0)	128	8 (6)[b]	k. A.
			60	97	1 (1)	128	9[b] (7)	k. A.

a: Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens 1-mal stationär psychiatrisch behandelt worden sind
b: eigene Berechnung
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Long-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 1 Jahr
Hospitalisierung
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	0/49	2/101		50.0	0.41	[0.02, 8.62]
Knekt 2004 (PDLT)	0/49	2/128		50.0	0.52	[0.02, 10.95]
Gesamt	0/97	4/229		100.0	0.46	[0.05, 3.97]



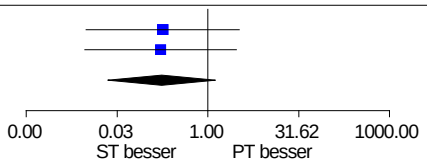
Heterogenität: Q=0.01, df=1, p=0.913, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-0.71, p=0.479, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 0 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 45: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 3 Jahre
Hospitalisierung
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	0/49	5/101		49.4	0.18	[0.01, 3.30]
Knekt 2004 (PDLT)	0/49	7/128		50.6	0.17	[0.01, 2.95]
Gesamt	0/97	12/229		100.0	0.17	[0.02, 1.34]



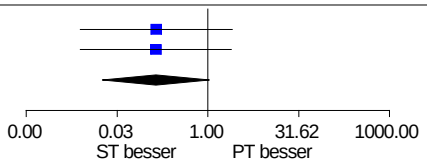
Heterogenität: Q=0.00, df=1, p=0.970, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-1.68, p=0.092, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 0 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 46: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 3 Jahren

Systemische Therapie (ST) vs. Psychotherapie (PT) - 5 Jahre
Hospitalisierung
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	PT n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Knekt 2004 (PDKT)	1/49	7/101		49.6	0.14	[0.01, 2.52]
Knekt 2004 (PDLT)	1/49	9/128		50.4	0.14	[0.01, 2.42]
Gesamt	1/97	16/229		100.0	0.14	[0.02, 1.06]



Heterogenität: Q=0.00, df=1, p=0.994, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=-1.90, p=0.057, Tau=0

Die Anzahl an Ereignissen und Patienten im ST-Arm der Studie Knekt 2004 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 0,5 Ereignissen und 48,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 47: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 5 Jahren

Als Operationalisierung des Endpunkts Hospitalisierung wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die innerhalb des Beobachtungszeitraums mindestens 1-mal stationär psychi-

atrisch behandelt worden sind. Hinsichtlich des Endpunkts Hospitalisierung lagen Ergebnisse zu 3 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Knekt 2004 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Kontrollstudienarme mit einer psychotherapeutischen Behandlung testet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 45, Abbildung 46 und Abbildung 47 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Hospitalisierung zu den Auswertungszeitpunkten 1 Jahr, 3 Jahre und 5 Jahre. Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: $p = 0{,}913$, $p = 0{,}970$ und $p = 0{,}994$). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für keinen der Zeitpunkte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher kein Anhaltspunkt der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management

Zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management liefern 2 Studien verwertbare Ergebnisse (Fabbri 2007, Rodriguez Vega 2011).

A3.4.5.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.4.5.2.1 Endpunkt Rückfall

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum Rückfall / keine Symptomverbesserung

Tabelle 110: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall / keine Symptomverbesserung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Fabbri 2007	hoch	ja	ja	ja	ja	hoch[a]

a: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Rückfall / keine Symptomverbesserung

Tabelle 111: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall / keine Symptomverbesserung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Fabbri 2007	Major Depression nach RDC	FT vs. KM	15	10[a]	4 (40)	10[a]	9 (90)	0,07 [0,01; 0,84]; 0,023

a: Für diesen Endpunkt wurden die Patienten ohne Symptomverbesserung nach 3 Monaten zusammengefasst mit den Patienten, die zwar nach 3 Monaten eine Symptomverbesserung zeigten, nach 15 Monaten jedoch einen Rückfall erlitten. In Bezug auf die Patienten ohne Symptomverbesserung nach 3 Monaten bleibt die Veränderung der Symptomausprägung im weiteren Verlauf der Studie unbekannt. Um beide Patientengruppen zusammenfassen zu können, wird unterstellt, dass alle Patienten, die nach 3 Monaten keine Symptomverbesserung erfahren haben, auch im weiteren Verlauf der Studie keine Symptomverbesserung zeigten.

FT: Familientherapie (Family Therapy); KI: Konfidenzintervall; KM: klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; RDC: Research Diagnostic Criteria; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Rückfall / keine Symptomverbesserung wurde die Anzahl der Patienten mit einer Episode einer Major Depression nach RDC [192] verstanden. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.2.2 Endpunkt Symptomatik Depressivität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Depressivität

Tabelle 112: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Depressivität

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Fabbri 2007	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomatik Depressivität

Tabelle 113: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Depressivität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)[a]	
				N	Werte MW (SD) [SE]	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Fabbri 2007	CID	FT vs. KM	0	10	51,3 (5,6) [k. A.]	n. a.	10	59,9 (4,8)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	10	26,0 (11,3)[b] [k. A.]	k. A.	10	35,4 (14,9)[b]	k. A.	−0,68 [−1,59; 0,23]; 0,141	k. A.
Rodriguez Vega 2011	HADS-Subskala Depression	NT vs. SB	0	39	12,46 (k. A.) [0,47][c]	n. a.	33	12,48 (0,51)[c]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	6,52 (k. A.) [0,47][c]	−5,95 [−7,25; −4,64][c]	33	7,42 (0,51)[c]	−5,06 [−6,48; −3,64][c]	k. A.	−0,21 [−0,68; 0,25]; 0,372
			6	39	5,54 (k. A.) [0,47][c]	−6,9 [−8,23; −5,61][c]	33	6,72 (0,51)[c]	−5,70 [−7,18; −4,33][c]	k. A.	−0.28 [−0,75; 0,18]; 0,232

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
b: adjustiert nach Baselinewerten
c: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell

CID: Paykel's Clinical Interview for Depression; FT: Familientherapie (Family Therapy); HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Wertebereich 0–21, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KM: klinisches Management mit Dosissteigerung der Begleitmedikation (Clinical Management); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; vs.: versus

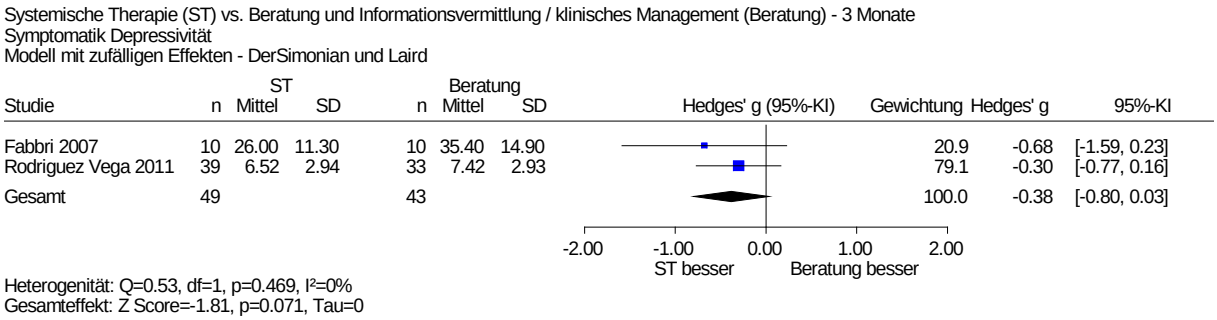


Abbildung 48: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management (Beratung) zu 3 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Depressivität wurde der Gesamtscore der Paykel's Clinical Interview for Depression (CID) [198] (Fabbri 2007) bzw. der Skalenwert der Hospital-Anxiety-and-Depression-Scale(HADS)-Subskala Depression [199-201] (Rodriguez Vega 2011) verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik Depressivität wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Mit den Ergebnissen zu einem Auswertungszeitpunkt (3 Monate) wurde eine Metaanalyse durchgeführt. Abbildung 48 zeigt die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Symptomatik Depressivität zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,469). Es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

Tabelle 113 zeigt die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate aus der Studie Rodriguez Vega 2011. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

A3.4.5.2.3 Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Appetitlosigkeit

Tabelle 114: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomatik Appetitlosigkeit

Tabelle 115: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Appetitlosigkeit

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)[c]	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala Appetitlosigkeit	NT vs. SB	0	39	59,05 (4,13)[a]	n. a.	33	63,54 (4,49)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	31,7 (4,13)[a]	−27,35 [−38,83; −15,87][a, b]	33	38,29 (4,49)[a]	−25,25 [−37,73; −12,77][a, b]	k. A.	−0,06 [−0,52; 0,41]; 0,810
			6	39	22,3 (4,13)[a]	−36,75 [−48,23; −25,27][a, b]	33	28,19 (4,49)[a]	−35,35 [−47,83; −22,88][a, b]	k. A.	−0,04 [−0,50; 0,43]; 0,873

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SE: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Appetitlosigkeit wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala Appetitlosigkeit [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik Appetitlosigkeit wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 115 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

A3.4.5.2.4 Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Schlafstörungen

Tabelle 116: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomatik Schlafstörungen

Tabelle 117: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Schlafstörungen

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)[c]	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala Schlaflosigkeit	NT vs. SB	0	39	79,29 (3,64)[a]	n. a.	33	79,03 (3,96)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	41,68 (3,64)[a]	−37,61 [−47,76; −27,46][a, b]	33	43, 67 (3,96)[a]	−35,35 [−46,39; −24,32][a, b]	k. A.	−0,07 [−0,53; 0,39]; 0,770
			6	39	23,73 (3,64)[a]	−55,56 [−65,7; −45,41][a, b]	33	32,56 (3,96)[a]	−46,47 [−57,5; −35,46][a, b]	k. A.	−0,28 [−0,74; 0,19]; 0,242

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Schlafstörungen wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala Schlaflosigkeit [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik Schlafstörungen wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 117 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

A3.4.5.2.5 Endpunkt Symptomatik Fatigue

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Fatigue

Tabelle 118: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Fatigue

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomatik Fatigue

Tabelle 119: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Fatigue

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)[c]	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala Fatigue	NT vs. SB	0	39	85,97 (3,35)[a]	n. a.	33	85,71 (3,64)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	61,37 (3,35)[a]	−24,50 [−33,84; −15,17][a, b]	33	70,9 (3,64)[a]	−14,81 [−24,96; −4,66][a, b]	k. A.	−0,32 [−0,79; 0,14]; 0,176
			6	39	53,39 (3,35)[a]	−32,48 [−41,81; −23,14][a, b]	33	61,81 (3,64)[a]	−32,32 [−42,07; −22,57][a, b]	k. A.	−0,01 [−0,47; 0,46]; 0,982

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SE: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Fatigue wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala Fatigue [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik Fatigue wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 119 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

A3.4.5.2.6 Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik kognitive Funktion

Tabelle 120: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomatik kognitive Funktion

Tabelle 121: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik kognitive Funktion

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala kognitive Funktion	NT vs. SB	0	39	9,32 (k. A.)[a]	n. a.	33	10,70 (3,19)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	53,34 (k. A.)[a]	44,01 [35,58; 52,16][a, b, c]	33	28,38 (3,19)[a]	17,67 [8,82; 26,53][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	0,99 [0,50; 1,49]; < 0,001[d, e]
			6	39	68,29 (k. A.)[a]	58,97 [50,8[e]; 67,1][a, c]	33	33,93 (3,19)[a]	23,23 [8,8; 32,1][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	1,18 [0,68; 1,68]; < 0,001[d, e]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen der oberen KI-Grenze wurde korrigiert.
c: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
d: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
e: Die in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche untere KI-Grenze wurde korrigiert.

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik kognitive Funktion wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala kognitive Funktion [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik kognitive Funktion wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 121 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt zu beiden Auswertungszeitpunkten oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Über beide Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 122: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 123: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala Lebensqualität	NT vs. SB	0	39	18,37 (2,76)[a]	n. a.	33	17,68 (2,99)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	37,6 (2,76)[a]	20,08 [12,19; 27,19[a, b, c]	33	29,30 (2,99)[a]	10,1 [2,37; 17,82][a, c]	k. A.	0,42 [−0,05; 0,89]; 0,077[d]
			6	39	49,14 (2,76)[a]	29,91 [22,8; 37][a, c]	33	32,84 (2,99)[a]	13,13 [5,4; 20,8][a, c]	k. A. [k. A.]; 0,007	0,73 [0,25; 1,21]; 0,003[d]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen der oberen KI-Grenze wurde korrigiert.
c: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
d: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala Lebensqualität [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 123 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Für den Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird. Für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigt sich ein statistisch signifikanter zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Es wird daher für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.4.5.4.1 Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand

Tabelle 124: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand

Tabelle 125: Ergebnisse zum Endpunkt allgemeiner Gesundheitszustand

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala allgemeiner Gesundheitszustand	NT vs. SB	0	39	13,83 (2,55)[a]	n. a.	33	13,96 (2,77)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	33,92 (2,55)[a]	19,32 [11,55; 29,9][a, b]	33	24,06 (2,77)[a]	11,61 [3,27; 19,96][a, b]	k. A.	0,28 [−0,19; 0,75]; 0,237[c]
			6	39	43,74 (2,55)[a]	30,77 [23,1; 38,4][a, b]	33	27,09 (2,77)[a]	15,15 [6,8; 23,5][a, b]	k. A. [k. A.]; 0,02	0,63 [0,16; 1,11]; 0,009[c]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts allgemeiner Gesundheitszustand wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala allgemeiner Gesundheitszustand [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts allgemeiner Gesundheitszustand wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 125 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Für den Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt wird.

Für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es ergibt sich daher für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management.

A3.4.5.4.2 Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Tabelle 126: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

Tabelle 127: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala Rollenfunktion	NT vs. SB	0	39	9,56 (2,87)[a]	n. a.	33	12,44 (3,12)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	54,86 (2,87)[a]	45,30 [37,31; 53,28][a, b, c]	33	27,59 (3,12)[a]	15,15 [6,47; 23,83][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	1,17 [0,67; 1,68]; < 0,001[d]
			6	39	69,81 (2,87)[a]	60,26 [52,3; 68,2][a, c]	33	34,16 (3,12)[a]	21,71 [13,03; 30,4][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	1,50 [0,97; 2,03]; < 0,001[d]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen der oberen KI-Grenze wurde korrigiert.
c: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
d: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Arbeitsfähigkeit wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala Rollenfunktion [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Arbeitsfähigkeit wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 127 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt zu beiden Auswertungszeitpunkten oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Über beide Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.4.3 Endpunkt körperliches Funktionsniveau

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum körperlichen Funktionsniveau

Tabelle 128: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum körperlichen Funktionsniveau

Tabelle 129: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala körperliche Funktion	NT vs. SB	0	39	30,96 (2,58)[a]	n. a.	33	31,49 (2,81)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	56,60 (2,58)[a]	25,64 [18,44; 32,83][a, b, c]	33	41,79 (2,81)[a]	10,33 [2,47; 18,12][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	0,66 [0,18; 1,14]; 0,007[d]
			6	39	66,52 (2,68)[a]	35,55 [28,3; 42,8[e]][a, c]	33	39,77 (2,81)[a]	8,28 [−0,4; 16,1][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	1,14 [0,64; 1,64]; < 0,001[d]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen der oberen KI-Grenze wurde korrigiert.
c: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
d: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
e: Der in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Wert für die obere KI-Grenze wurde korrigiert.

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts körperliches Funktionsniveau wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala körperliche Funktion [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts körperliches Funktionsniveau wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 129 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher für den Auswertungszeitpunkt 3 Monate kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt zu beiden Auswertungszeitpunkten oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Es wird daher zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.4.4 Endpunkt soziales Funktionsniveau

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau

Tabelle 130: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Rodriguez Vega 2011	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau

Tabelle 131: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	N	Werte MW (SE)	Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Rodriguez Vega 2011	EORTC QLQ-C30 Skala soziale Funktion	NT vs. SB	0	39	3,31 (3,32)[a]	n. a.	33	6,18 (3,62)[a]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	39	49,04 (3,32)[a]	45,73 [36,54; 54,92][a, b, c]	33	29,42 (3,62)[a]	23,23 [13,24; 33,22][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	0,76 [0,28; 1,24]; 0,002[d]
			6	39	61,86 (3,32)[a]	58,55 [49,3; 67,8][a, c]	33	34,47 (3,62)[a]	28,28 [18,3; 38,3][a, c]	k. A. [k. A.]; < 0,001	1,02 [0,52; 1,51]; < 0,001[d]

a: adjustierte Mittelwerte aus generalisiertem linearem Modell
b: Das in der Studienpublikation berichtete offensichtlich falsche Vorzeichen der oberen KI-Grenze wurde korrigiert.
c: Die Richtung der Änderung zwischen Studienbeginn und Studienende wurde gegenüber der Darstellung in der Studienpublikation umgekehrt.
d: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

EORTC QLQ-C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30 (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; NT: narrative Therapie (Narrative Therapy); SB: Standardbehandlung (Usual Care); SD: Standardfehler; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales Funktionsniveau wurde der Skalenwert der EORTC-QLQ-C30-Skala soziale Funktion [205-207] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts soziales Funktionsniveau wurden Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Tabelle 131 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 6 Monate. Es zeigt sich zu beiden Auswertungszeitpunkten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt zu beiden Auswertungszeitpunkten oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Über beide Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung / klinisches Management festgestellt.

A3.4.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.5.6 Endpunkt Hospitalisierung

Zum Endpunkt Hospitalisierung werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefern 2 Studien verwertbare Ergebnisse (Lemmens 2009, Wang 2011).

A3.4.6.1 Endpunkt Mortalität

A3.4.6.1.1 Endpunkt Suizid

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum Suizid

Tabelle 132: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Suizid

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Lemmens 2009	hoch	unklar[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

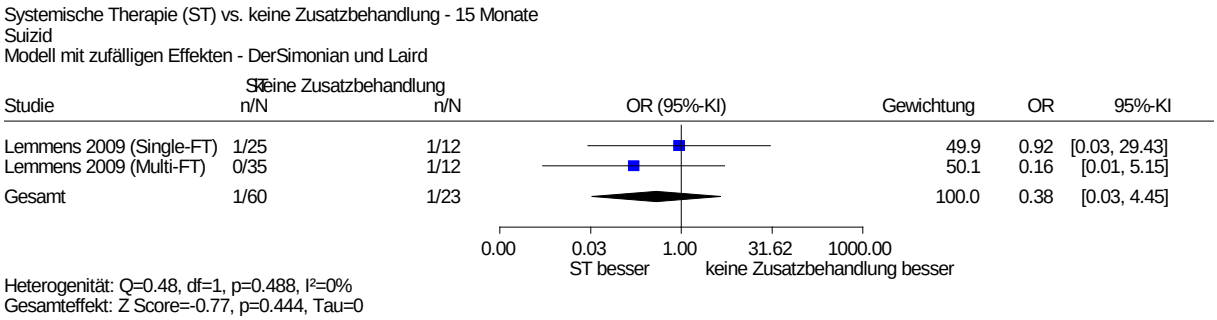
a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: hohe differenzielle Anteile an fehlenden Werten
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Suizid

Tabelle 133: Ergebnisse zum Endpunkt Suizid

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Lemmens 2009	Anzahl Suizide	Single-FT vs. KB	15	25	1 (4,0)	23	1 (4,3)	0,92 [0,05; 15,56]; > 0,999[a]
		Multi-FT vs. KB	15	35	0 (0)	23	1 (4,3)	0,21 [0,01; 5,42]; 0,236[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 0,5 Ereignissen und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 49: Metaanalyse zum Suizid, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Suizid wurde die Anzahl der durch Selbsttötung gestorbenen Patienten verstanden. Hinsichtlich des Endpunkts Suizid lagen Ergebnisse zu einem Auswertungszeitpunkt aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Lemmens 2009 Ergebnisse für 2 systemische Studienarme berichtet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 49 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Suizid zu den Auswertungszeitpunkten 15 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,488). In der metaanalytischen Zusammenfassung ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.4.6.2 Endpunkt Morbidität

A3.4.6.2.1 Endpunktkategorie Depressivität

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Depressivität für alle Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Depressivität in der Gesamtschau aller Endpunkte.

A3.4.6.2.1.1 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)

Tabelle 134: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Lemmens 2009	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

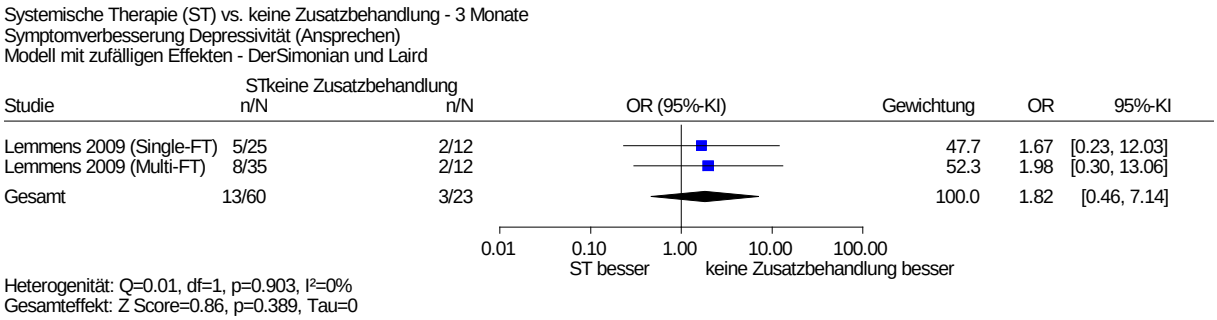
a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: hohe differenzielle Anteile an fehlenden Werten
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)

Tabelle 135: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen)

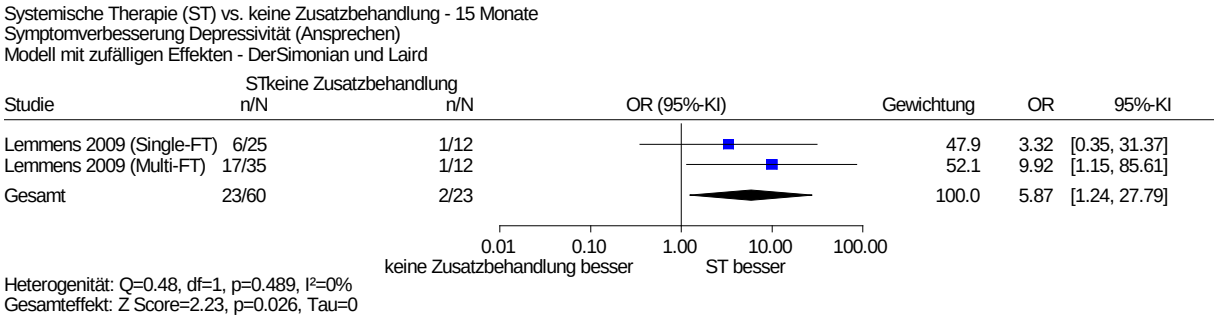
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Lemmens 2009	BDI[a]	Single-FT vs. KB	3	25	5 (20,0)	23	3 (13,0)	1,67 [0,35; 7,93]; 0,594[b]
			15	25	6 (24,0)	23	2 (8,7)	3,32 [0,60; 18,45]; 0,179[b]
		Multi-FT vs. KB	3	35	8 (22,9)	23	3 (13,0)	1,98 [0,46; 8,40]; 0,453[b]
			15	35	17 (48,6)	23	2 (8,7)	9,92 [2,01; 48,86]; 0,002[b]

a: Anzahl der Patienten mit mindestens 50%iger Reduktion des BDI-Gesamtscores
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1,5 Ereignissen und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 50: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1 Ereignis und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 51: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) wurde die Anzahl von Patienten mit einer mindestens 50%igen Reduktion des BDI-Gesamtscores [197] verstanden. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Ansprechen) lagen Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Lemmens 2009 Ergebnisse für 2 systemische Studienarme berichtet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 50 und Abbildung 51 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Mortalität zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 15 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,903 und p = 0,489). Für den Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Für den Auswertungszeitpunkt 15 Monate ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.4.6.2.1.2 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Tabelle 136: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Lemmens 2009	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

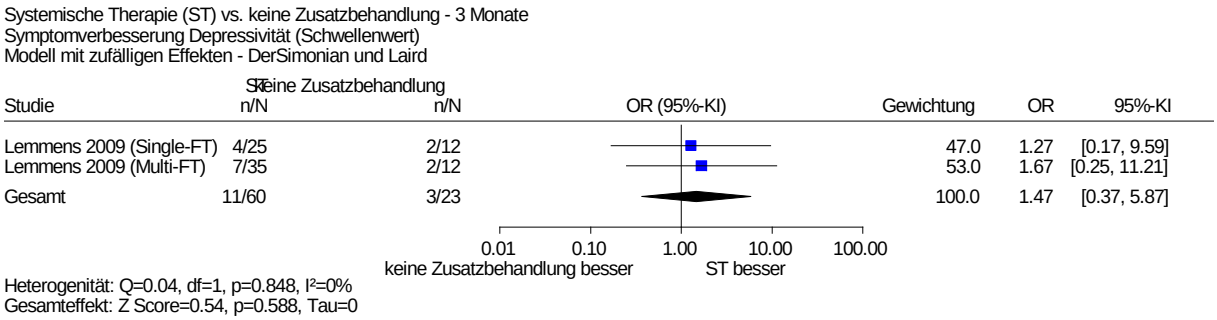
a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: hohe differenzielle Anteile an fehlenden Werten
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

Tabelle 137: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert)

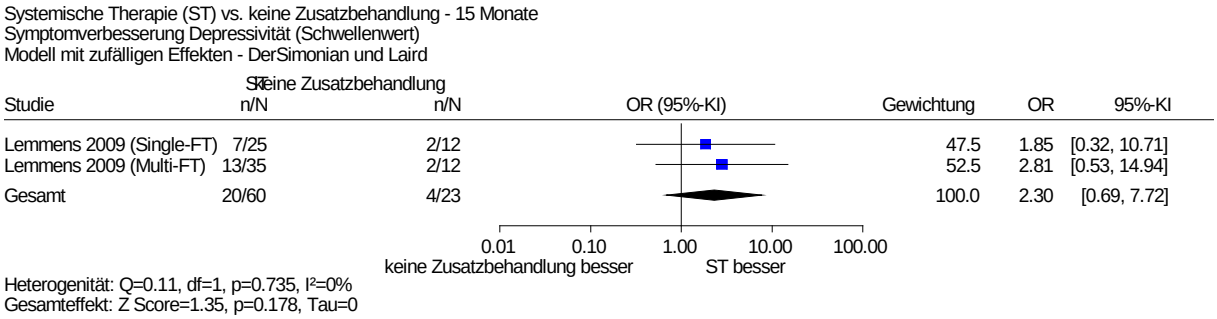
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Lemmens 2009	BDI[a]	Single-FT vs. KB	3	25	4 (16,0)	23	3 (13,0)	1,27 [0,25; 6,40]; 0,801[b]
			15	25	7 (28,0)	23	4 (17,4)	1,85 [0,46; 7,40]; 0,528[b]
		Multi-FT vs. KB	3	35	7 (20,0)	23	3 (13,0)	1,67 [0,38; 7,24]; 0,569[b]
			15	35	13 (37,1)	23	4 (17,4)	2,81 [0,78; 10,07]; 0,113[b]

a: Anzahl der Patienten mit BDI-Gesamtscore < 9
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1,5 Ereignissen und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 52: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 2 Ereignissen und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 53: Metaanalyse zur Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) wurde die Anzahl von Patienten mit einem BDI-Gesamtscore < 9 [197] verstanden. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität (Schwellenwert) lagen Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Lemmens 2009 Ergebnisse für 2 systemische Studienarme berichtet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 52 und Abbildung 53 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Mortalität zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 15 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,848 und p = 0,735). Für beide Auswertungszeitpunkte zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.4.6.2.1.3 Endpunkt Symptomatik Depressivität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Depressivität

Tabelle 138: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Depressivität

Studie	Verzerrungs-potenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene
Lemmens 2009	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]
Wang 2011	hoch	unklar[d]	ja	ja	ja	hoch[e]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: hohe differenzielle Anteile an fehlenden Werten
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

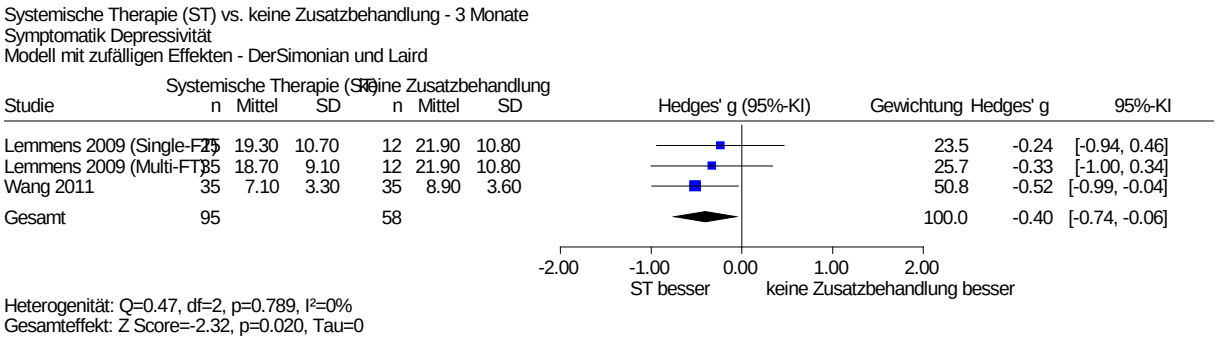
Ergebnisse zur Symptomatik Depressivität

Tabelle 139: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Depressivität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Lemmens 2009	BDI	Single-FT vs. KB	0	25	26,2 (13,5)	n. a.	23	27,3 (10,7)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	25	19,3 (10,7)	k. A.	23	21,9 (10,8)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
			15	25	12,5 (9,8)	k. A.	23	22,2 (15,6)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
		Multi-FT vs. KB	0	35	26,6 (9,9)	n. a.	23	27,3 (10,7)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	35	18,7 (9,1)	k. A.	23	21,9 (10,8)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
			15	35	15,8 (13,7)	k. A.	23	22,2 (15,6)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
Wang 2011	HDRS	SFT vs. KB	0	35	27,5 (4,1)	n. a.	35	26,7 (4,4)	n. a.	k. A.	n. a.
			0,5	35	19,7 (4.5)	k. A.	35	18,6 (4,8)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
			1	35	13,8 (3,6)	k. A.	35	14,4 (4,1)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
			2	35	8,4 (4,0)	k. A.	35	10,3 (3,5)	k. A.	k. A. [k. A.]; < 0,05	k. A.
			3	35	7,1 (3,3)	k. A.	35	8,9 (3,6)	k. A.	k. A. [k. A.]; < 0,05	k. A.

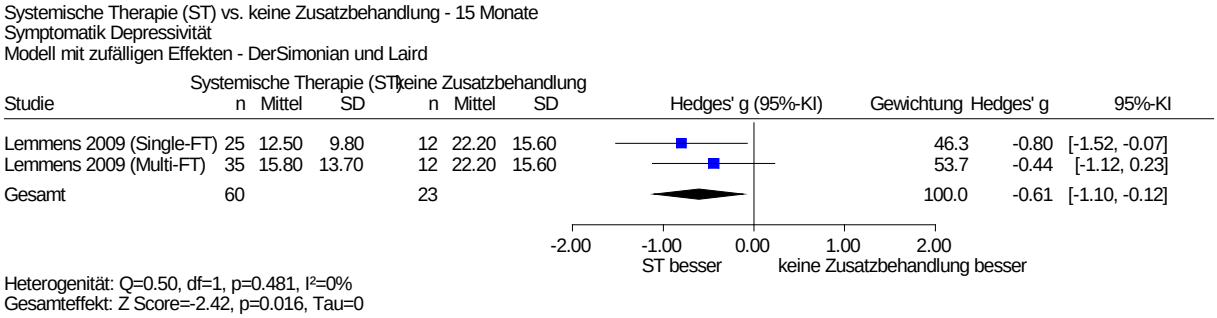
a: globaler Test mit einem ANOVA-Model (MMRM), p = 0,28

ANOVA: Varianzanalyse; BDI: Beck Depression Inventory (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; MMRM: Mixed Model Repeated Measurements; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; OR: Odds Ratio; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen erfolgten mit jeweils 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 54: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten



Die Anzahl an Patienten im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen erfolgten mit jeweils 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 55: Metaanalyse zur Symptomatik Depressivität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Depressivität wurde der Gesamtscore des BDI [197] (Lemmens 2009) sowie der Gesamtscore der Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [202] (Wang 2011) verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Symptomatik Depressivität liegen Ergebnisse zu 2 Auswertungszeitpunkten aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Lemmens 2009 Ergebnisse für 2 systemische Studienarme berichtet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 54 und Abbildung 55 zeigen die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Mortalität zu den Auswertungszeitpunkten 3 und 15 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,789 und p = 0,481). Für beide Auswertungszeitpunkte zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt für beide Auswertungszeitpunkte nicht unterhalb der Irrelevanz-

schwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher für beide Auswertungszeitpunkte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.4.6.2.1.4 Nutzenaussage für den Endpunktkategorie Depressivität

In der Gesamtschau der Ergebnisse für die Endpunkte der Endpunktkategorie Depressivität wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.4.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.4.6.4.1 Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 140: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Wang 2011	hoch	unklar[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum sozialen und beruflichen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 141: Ergebnisse zum Endpunkt soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Wang 2011	GAS	SFT vs. KB	0	35	46,2 (5,2)	n. a.	35	44,3 (5,1)	n. a.	k. A.	n. a.
			0,5	35	59,1 (4,8)	k. A.	35	58,4 (4,4)	k. A.	0,15 [−0,32; 0,62]; 0,530[a]	k. A.
			1	35	64,8 (4,4)	k. A.	35	62,7 (5,2)	k. A.	0,43 [−0,04; 0,91]; 0,075[a]	k. A.
			2	35	70,3 (5,6)	k. A.	35	64,2 (5,7)	k. A.	1,07 [0,57; 1,57]; < 0,001[a]	k. A.
			3	35	79,1 (6,1)	k. A.	35	68,2 (6,3)	k. A.	1,74 [1,18; 2,29]; < 0,001[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

GAS: Global Assessment Scale (Wertebereich 1–100, höhere Werte indizieren ein besseres soziales / berufliches Funktionsniveau bzw. eine geringer ausgeprägte psychische Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome wurde der Gesamtscore der Global Assessment Scale (GAS) verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts soziales und berufliches Funktionsniveau / psychische Symptome wurden Ergebnisse zu 4 Auswertungszeitpunkten aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit verwendet. Für die Auswertungszeitpunkte 0,5 und 1 Monat zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied, für die Auswertungszeitpunkte 2 und 3 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des jeweils zu diesen Effektschätzern gehörenden Konfidenzintervalls liegt oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.4.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.4.6.6 Endpunkt Hospitalisierung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 142: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Lemmens 2009	hoch	unklar[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

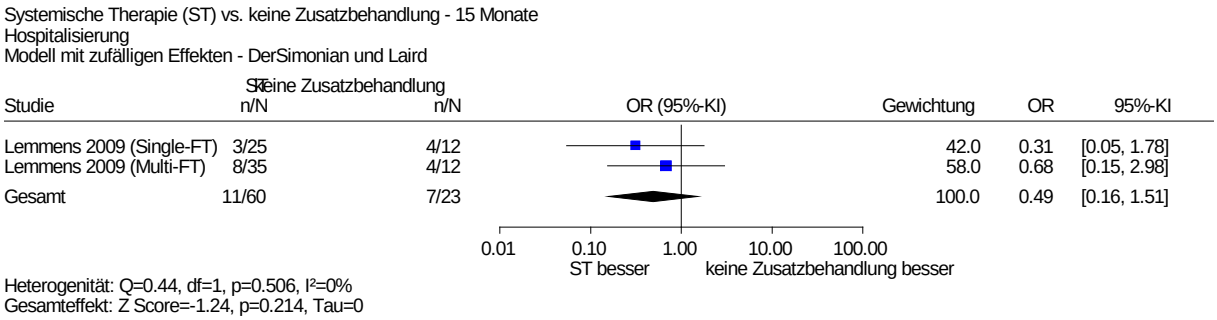
a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: hohe differenzielle Anteile an fehlenden Werten
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 143: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Lemmens 2009	Hospitalisierung	Single-FT vs. KB	15	25	3 (12,0[a])	23	7 (30,4[a])	0,31[b] [0,07; 1,39]; 0,126[c]
		Multi-FT vs. KB	15	35	8 (22,9[a])	23	7 (30,4[a])	0,68[b] [0,21; 2,22]; 0,569[c]

a: eigene Berechnung
b: Eigene Berechnung basierend auf dem ITT-Prinzip. Je 1 Patient in der Single-FT und der Multi-FT sowie 2 Patienten in der KB-Gruppe gingen als Nichtereignis in die Analyse ein.
c: eigene Berechnung von 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; Multi-FT: Multifamilientherapie (Multi-family Group Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; Single-FT: systemische Familientherapie (Single-family Therapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Lemmens 2009 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 3,5 Ereignissen und 11,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 56: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 15 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts Hospitalisierung wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die innerhalb des Beobachtungszeitraums in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesenen wurden. Hinsichtlich des Endpunkts Hospitalisierung lagen Ergebnisse zu einem Auswertungszeitpunkt aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Da die Studie Lemmens 2009 Ergebnisse für 2 systemische Studienarme berichtet, konnten die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst werden.

Abbildung 56 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Hospitalisierung zum Auswertungszeitpunkt 15 Monate. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,506). In der metaanalytischen Zusammenfassung ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.5 Störungsbereich Essstörungen

A3.5.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Essstörungen hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgen eine Beschreibung der in den Studien verwendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 144: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Essstörungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Castelnuovo 2011	▪ strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT) ▪ kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy, KVT)	60	Binge-Eating-Störung	Italien / 2008	Baseline, 1 Monat, 7 Monate nach Behandlungsende	**Primär:** soziales Funktionsniveau / psychische Symptome **Sekundär:** Symptomverbesserung Essanfälle
Dare 2001	▪ Familientherapie (Family Therapy, FT) ▪ psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy, PKT) ▪ kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy, KAT) ▪ Standardbehandlung (Routine Treatment, SB)	84	Anorexia nervosa	Vereinigtes Königreich / k. A.	Baseline, 12 Monate	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Gesamtmortalität Teilremission Essstörung Hospitalisierung
Russell 1987	▪ Familientherapie (Family Therapy, FT) ▪ individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy, IST)	15[c]	Anorexia nervosa[c]	Vereinigtes Königreich / k. A.	–3 Monate[d], Baseline, 1 Jahr, 4 Jahre[e], 6 Jahre	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Teilremission Essstörung soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome

(Fortsetzung)

Tabelle 144: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Essstörungen (Fortsetzung)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: In der Nutzenbewertung werden nur die Daten für die Gruppe der Patientinnen mit Anorexia nervosa mit einem Erkrankungsbeginn im Alter von mindestens 19 Jahren berücksichtigt. Die Daten für die übrigen Patientengruppen (u. a. wurden auch Patientinnen mit Bulimia nervosa rekrutiert) werden in der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt, da anhand der Angaben zum mittleren Alter und der Standardabweichung für diese Patientengruppen nicht davon ausgegangen werden kann, dass mindestens 80 % 18 Jahre alt oder älter waren. Die Anzahl randomisierter Patientinnen über alle Patientengruppen hinweg betrug 80.
d: Abgeleitet aus der durchschnittlichen Hospitalisierungszeit von 11,9 Wochen für die Gruppe der Patientinnen mit Anorexia nervosa mit einem Erkrankungsbeginn im Alter von mindestens 19 Jahren; der zweite Erhebungszeitpunkt (Baseline) fiel mit dem Ende der Hospitalisierungsdauer zusammen.
e: In der Studienpublikation wird auf ein 3-Jahres-Follow-up verwiesen. Es geht aus den Angaben der Studienpublikation aber nicht eindeutig hervor, ob sich dieser Auswertungszeitpunkt auf Baseline oder das Behandlungsende bezieht. Analog zum 5-Jahres-Follow-up wird im vorliegenden Bericht der 3-Jahres-Follow-up auf das Behandlungsende bezogen.

FT: Familientherapie (Family Therapy); IST: individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy); k. A.: keine Angaben; KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KVT: kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy); PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy)

Tabelle 145: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Castelnuovo 2011	▪ Binge-Eating-Störung nach DSM-IV-TR (Diagnosestellung mittels SKID) ▪ Alter 18–65 Jahre ▪ BMI ≥ 30	▪ andere psychiatrische Störung nach DSM-IV-TR Kriterien ▪ körperliche Begleiterkrankung	▪ k. A.
Dare 2001	▪ Anorexia nervosa nach DSM-IV (restriktiver oder Binge-Eating / Purging-Typ) ▪ Alter ≥ 18 Jahre	▪ Zustand, der eine sofortige stationäre Behandlung erforderlich macht (z. B. hohes Suizidrisiko, extrem niedriges Gewicht mit BMI < 12 kg / m^2, Hypoglykämie, Synkopen oder schwerer Elektrolytverlust)	▪ k. A.
Russell 1987	▪ Patientinnen mit Anorexia nervosa: ▫ Anorexia nervosa nach DSM-III ▫ erheblicher selbstinduzierter Gewichtsverlust durch reduzierte Energieaufnahme und ggf. exzessive körperliche Bewegung, Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln (zugleich keine Essanfälle) ▫ Angst vor Gewichtszunahme bzw. Übergewicht als gefürchteter Zustand ▫ Amenorrhö (Frauen) bzw. reduziertes sexuelles Interesse (Männer) ▪ Patientinnen mit Bulimia Nervosa: ▫ Episoden von Essanfällen und intensive Beschäftigung mit Nahrung ▫ kompensatorische Maßnahmen gegen Gewichtszunahme (Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, Fasten) ▫ Angst vor Gewichtszunahme bzw. Übergewicht als gefürchteter Zustand ▫ frühere Episode einer Anorexia nervosa	▪ k. A.	▪ Bulimische Patientinnen erfüllten Kriterien für Bulimia Nervosa nach DSM-III und DSM-III-R.

(Fortsetzung)

Tabelle 145: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

BMI: Body-Mass-Index; DSM-III: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage; DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage, Revision; DSM-IV-TR: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, Textrevision; k. A.: keine Angaben; SKID: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV

Tabelle 146: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie **Studienarm**	**N**	**Diagnosen**	**Alter [Jahre] MW (SD)**	**Geschlecht [w / m] (%)**	**Schwere der Erkrankung**	**Psychiatrische Komorbidität n (%)**	**Körperliche Begleiterkrankungen n (%)**	**Therapie-abbrecher n (%)[a]**	**Studien-abbrecher n (%)[b]**
Castelnuovo 2011									
SKT	30	BES	45,9 (10,8)	100 / 0	2,8 (0,8)[c]	0 (0)[d]	0 (0)[d]	k. A.	k. A.
KVT	30	BES	46,2 (10,5)	100 / 0	2,8 (0,7)[c]	0 (0)[d]	0 (0)[d]	k. A.	k. A.
Dare 2001									
FT	22	AN	26,6 (7,6)	91 / 9	72,8 (7,1)[e]	k. A.	k. A.	6 (27[f])	k. A.
PKT	21	AN	26,7 (6,4)	100 / 0	72,8 (7,6)[e]	k. A.	k. A.	9 (43[f])	k. A
KAT	22	AN	27,2 (7,6)	100 / 0	77,3 (8,1)[e]	k. A.	k. A.	9 (41[f])	k. A.
SB	19	AN	24,3 (4,5)	100 / 0	73,9 (7,9)[e]	k. A.	k. A.	6 (32[f])	k. A.
Gesamt	84	AN	26,3 (6,7)	98 / 2	74,3 (7,8)[e]	k. A.	k. A.	30 (36[f])	14 (16[f])
Russell 1987[g]									
FT	k. A.	AN[h]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	4[i]	0 (0)
IST	k. A.	AN[h]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)
Gesamt	15[j]	AN[h]	27,7 (7,8)	k. A.[k]	85,8 (7,3)[e]	k. A.	k. A.	4 (26[f])	0 (0)

(Fortsetzung)

Tabelle 146: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

a: sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: Anzahl Essanfälle pro Woche (MW [SD])
d: abgeleitet aus Ausschlusskriterien
e: Prozent des für die jeweilige Körperhöhe und das jeweilige Alter durchschnittlichen Körpergewichts (MW [SD])
f: eigene Berechnung
g: Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Angaben auf die Gruppe der Patientinnen mit Anorexia nervosa mit einem Erkrankungsbeginn im Alter von mindestens 19 Jahren.
h: In der Nutzenbewertung werden nur die Daten für die Gruppe der Patientinnen mit Anorexia nervosa mit einem Erkrankungsbeginn im Alter von mindestens 19 Jahren berücksichtigt. Die Daten für die übrigen Patientengruppen, u. a. auch für die Patientinnen mit Bulimia nervosa, werden in der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt, da anhand der Angaben zum mittleren Alter und der Standardabweichung für diese Patientengruppen nicht davon ausgegangen werden kann, dass mindestens 80 % 18 Jahre alt oder älter waren.
i: relativer Anteil nicht berechenbar, da die Anzahl randomisierter Patienten pro Gruppe nicht bekannt ist
j: Der in der Studienpublikation für Subgruppe 3 berichtete offensichtlich falsche Wert von 21 randomisierten Patienten wurde korrigiert.
k: bezogen auf die gesamte Studienpopulation (N = 80): 73 Frauen (91 %) und 7 Männer (9 %)

AN: Anorexia nervosa; BES: Binge-Eating-Störung; FT: Familientherapie (Family Therapy); IST: individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy); k. A.: keine Angaben; KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KVT: kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy); MW: Mittelwert; m: männlich; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); SD: Standardabweichung; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); w: weiblich

Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Castelnuovo 2011				
systemischer Studienarm	**Strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT)** ▪ **Ausrichtung:** basierend auf Nardone et al. [34-36] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** lösungsorientiertes Vorgehen, Reframing ▪ **Setting:** Einzel / ambulant, stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** komplexe Intervention mit stationärem Aufenthalt, kalorienreduzierter Diät, körperlicher Aktivität, Ernährungsberatung	▪ k. A.	**Stationär:** ▪ 8 Sitzungen ▪ 2 Sitzungen pro Woche ▪ 45 Minuten ▪ 1 Monat[a] **Ambulant (nach Entlassung):** ▪ 8 telefonische Sitzungen ▪ 4 zweiwöchentlich, 4 monatlich ▪ 45 Minuten[a] ▪ 6 Monate[a]	▪ 4 Psychotherapeuten (Psychologen, Psychiater) mit spezifischer Ausbildung in der eingesetzten Intervention; erhalten monatlich Supervision
Kontroll-studienarm	**Kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy, KVT)** ▪ **Ausrichtung:** kognitiv-behavioral; basierend auf dem Ansatz von Cooper und Fairburn [214,215] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Selbstbeobachtung, Ziele setzen, Zeitmanagement, Stressmanagement, Rückfallprävention ▪ **Setting:** Einzel / ambulant, stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** komplexe Intervention mit stationärem Aufenthalt, kalorienreduzierter Diät, körperlicher Aktivität, Ernährungsberatung ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ k. A.	**Stationär:** ▪ 8 Sitzungen ▪ 2 Sitzungen pro Woche ▪ 45 Minuten ▪ 1 Monat[a] **Ambulant (nach Entlassung):** ▪ 8 telefonische Sitzungen ▪ 4 zweiwöchentlich, 4 monatlich ▪ 45 Minuten[a] ▪ 6 Monate[a]	▪ 4 Psychotherapeuten (Psychologen, Psychiater) mit spezifischer Ausbildung in der eingesetzten Intervention; erhalten monatlich Supervision

(Fortsetzung)

Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Dare 2001				
systemischer Studienarm	**Familientherapie (Family Therapy, FT)** ▪ **Ausrichtung:** siehe Beschreibung bei Russell 1987 ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** siehe Beschreibung bei Russell 1987 ▪ **Setting:** Einzel / Paar / Familie (i. d. R. mit Partner oder Eltern, aber auch einige individuelle Sitzungen, maximal 1/3 der Sitzungen); ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Supervision der Therapeuten durch erfahrenen Familien-therapeuten bzw. Psychiater (Supervisions-sitzung alle 2 Wochen)	▪ k. A. ▪ 1 Sitzung im Abstand von 1–3 Wochen ▪ 60–75 Minuten ▪ k. A.	▪ 3 Therapeuten: 1 Psychologe, 1 Mediziner, 1 Sozialarbeiter ▪ Ausbildung in Familientherapie und Erfahrung mit psychodynamischer Psychotherapie, Lehranalyse / Selbsterfahrung sowie supervidierte Therapieerfahrung
Kontroll-studienarm 1	**Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy, PKT)** ▪ **Ausrichtung:** psychoanalytisch; orientiert an Malan [216] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ als „standardisiert“ beschrieben	▪ 25 Sitzungen im Durchschnitt ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 50 Minuten je Sitzung ▪ 1 Jahr	▪ 3 Therapeuten: 1 Psychologe, 1 Mediziner, 1 Sozialarbeiter (dieselben, die FT durchführten) ▪ Ausbildung in Familientherapie und Erfahrung mit psychodynamischer Psychotherapie, Lehranalyse / Selbsterfahrung sowie supervidierte Therapieerfahrung

(Fortsetzung)

Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 2	**Kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy, KAT)** ▪ **Ausrichtung:** kognitiv / psychodynamisch; kombiniert Elemente der kognitiven Therapie und der fokussierten psychodynamischen Psychotherapie ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Nichtrichtlinientherapie	▪ Supervision der Therapeuten durch Psychiater / Psychotherapeuten	▪ k. A. ▪ 1 Sitzung pro Woche in den ersten 20 Wochen, anschließend für 3 Monate monatliche Sitzungen ▪ 50 Minuten je Sitzung ▪ k. A.	▪ 4 Therapeuten
Kontroll-studienarm 3	**Standardbehandlung (Routine Treatment, SB)** ▪ **Ausrichtung:** keine spezifischen Psychotherapien ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** spezifische Information zur Erkrankung, Ermutigung zu einer regelmäßigeren, nachhaltigeren und gesünderen Ernährung, regelmäßige Gewichtskontrolle und Kontrolle des körperlichen Zustands ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Supervision der Psychiater durch erfahrenen Kliniker	▪ k. A. ▪ 30 Minuten je Sitzung ▪ k. A. ▪ 1 Jahr	▪ Psychiater in Ausbildung (im 2.–3. Ausbildungs-jahr)

(Fortsetzung)

Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Russell 1987				
systemischer Studienarm	**Familientherapie (Family Therapy, FT)** ▪ **Ausrichtung:** Orientierung u. a. am Mailänder Modell [37], an Minuchin [38,39] und Mehrgenerationenperspektive [217] (jüngere Patienten) bzw. an Haley [40] (erwachsene Patienten) ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Herstellung familiärer Kooperation, Erfassung der Familienorganisation (u. a. Aufdeckung von Allianzen, Hypothesenformulierung) und Durchführung von Techniken (u. a. Parabeln, Paradoxa, Hausaufgaben, Verhaltensstrategien, psychodynamische Interpretationen, strategische Interventionen) ▪ **Setting:** Familie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** Teilnahme aller Haushaltsmitglieder ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Supervision der Therapeuten 1 Stunde pro Woche mithilfe von Sitzungs-protokollen, ausgewählten Videoauf-zeichnungen von Therapiesitzungen oder persönlicher Teilnahme des Supervisors an den Sitzungen	▪ ca. 11 (SD 8,9) Sitzungen[b] ▪ während der ersten 3 Monate mindestens 1 Sitzung im Abstand von 2 Wochen, anschließend 1 Sitzung im Abstand von 3 Wochen (insgesamt flexibel bzw. nach Bedarf) ▪ 1 Stunde je Sitzung ▪ 1 Jahr	▪ 3 Sozialarbeiter, 1 Psychologe ▪ Ausbildung in Familientherapie und individueller Psychotherapie
Kontroll-studienarm	**Individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy, IST)** ▪ **Ausrichtung:** eklektisch (symptomfokussiert, supportiv, edukativ, problemzentriert mit kognitiven, interpretativen und strategischen Therapieelementen) ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Gewicht des Patienten im Fokus des ersten Teils jeder Sitzung; Austausch über Ernährung; Einstellung zur Nahrung und Körper; Unterbreiten von Erklärungen; Diskussion interpersoneller Probleme; strategische Interventionen; Techniken u. a. paradoxe Verschreibung, jedoch ohne Einbezug von Familienmitgliedern ▪ **Setting:** Einzel / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Nichtrichtlinientherapie	▪ Supervision der Therapeuten 1 Stunde pro Woche i. d. R. mithilfe von Sitzungs-protokollen (z. T. auch mithilfe ausgewählter Videoauf-zeichnungen von Therapiesitzungen)	▪ ca. 16 (SD 8,5) Sitzungen[b] ▪ während der ersten 3 Monate mindestens 1 Sitzung im Abstand von 2 Wochen, anschließend 1 Sitzung im Abstand von 3 Wochen (insgesamt flexibel bzw. nach Bedarf) ▪ 1 Stunde je Sitzung ▪ 1 Jahr	▪ 3 Sozialarbeiter, 1 Psychologe ▪ Ausbildung in Familientherapie und individueller Psychotherapie

(Fortsetzung)

Tabelle 147: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

a: Angaben zu Behandlungsdauer, Sitzungsdauer und Frequenz sind aus Angaben der Publikation geschlossen.
b: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)

FT: Familientherapie (Family Therapy); IST: individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy); k. A.: keine Angaben; KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KVT: kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy); PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie; SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy)

A3.5.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Essstörungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 148: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**					
	Mortalität	**Morbidität**		**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**		
	Gesamt-mortalität	**Teilremission Essstörung**	**Symptom-verbesserung Essanfälle**	**Soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome**	**Soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**	**Hospitali-sierung**
Castelnuovo 2011	–	–	Anzahl Patienten mit weniger als 2 Essanfällen pro Woche	–	OQ 45.2, Gesamtscore („global index“: Summenwert über alle 3 Unterskalen)	–
Dare 2001	Anzahl während der Studienphase gestorbener Patienten	Anzahl Patienten mit einem Körpergewicht von mindestens 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durch-schnittlichen Körper-gewichts mit regel-mäßiger Menstruation oder mit Amenorrhö (erhoben mittels MRSA)	–	–	–	Anzahl während der Studien-phase in ein Krankenhaus eingewiesener Patienten
Russell 1987	–	Anzahl Patienten mit einem Körpergewicht von mindestens 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durch-schnittlichen Körper-gewichts mit regel-mäßiger Menstruation oder mit Amenorrhö (erhoben mittels MRSA)	–	MRSA, Gesamtscore („average outcome score“: Durchschnittswert über alle 5 Unterskalen Ernährungs-status, Regelstatus, psychischer Status, psycho-sexuelle Anpassung, sozio-ökonomischer Status)	–	–

–: keine Daten extrahiert
MRSA: Morgan and Russell Scales for Anorexia nervosa [218,219]; OQ: Outcome Questionnaire [220-222]

A3.5.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 149 dargestellt.

Tabelle 149: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Castelnuovo 2011	ja	unklar[a]	nein[b]	nein[c]	unklar[d]	ja	hoch[e]
Dare 2001	ja	unklar[f]	nein[g]	nein[c]	ja	ja	hoch[h]
Russell 1987	unklar[i]	unklar[a]	nein[b]	nein[c]	nein[j]	nein[k]	hoch[l]

a: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
b: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
c: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
d: post hoc geänderte Fallzahlplanung ohne Begründung
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie der post hoc geänderten Fallzahlplanung ohne Begründung.
f: Umschläge werden nicht als seriennummeriert und undurchsichtig beschrieben.
g: Angaben in der Studienpublikation lassen darauf schließen, dass den Patienten die Behandlungsgruppe, der sie zugewiesen wurden, mitgeteilt wurde.
h: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
i: keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
j: Für die Teilpopulation der Patientinnen mit Anorexia nervosa mit einem Erkrankungsbeginn im Alter von mindestens 19 Jahren werden keine Ergebnisse zum Endpunkt „Hospitalisierung“ dargestellt; für den im Methodenteil definierten Endpunkt „psychologische Anpassung“ werden keine Ergebnisse berichtet; Für den Endpunkt „Soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome“ werden im 1-Jahres-Follow-up ausschließlich statistisch signifikante Ergebnisse berichtet
k: Es ist nicht ersichtlich, wie sich die Patientinnen in Subgruppe 3 zu Baseline auf die Studienarme verteilt haben.
l: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.5.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie liefern 3 Studien verwertbare Ergebnisse (Castelnuovo 2011, Russell 1987 und Dare 2001).

A3.5.4.1 Endpunkt Mortalität

A3.5.4.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität

Tabelle 150 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität.

Tabelle 150: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	Verzerrungs-potenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene
Dare 2001	hoch	nein[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Während es zu den übrigen Endpunkten den Hinweis auf eine ITT-Analyse gibt, in der Abbrecher als Non-Responder gewertet wurden, gibt es zum Endpunkt Gesamtmortalität keine Angabe, ob Behandlungs-abbrecher nachbeobachtet wurden.
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als unklar bewerteten Angemessenheit der Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 151 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität getrennt nach Behandlung im Kontrollstudienarm für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Tabelle 151: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	**Instrument / Operatio-nalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Dare 2001	Gesamt-mortalität	FT vs. PKT	12	22	0 (0)	21	0 (0)	n. b.
		FT vs. KAT	12	22	0 (0)	22	0 (0)	n. b.

FT: Familientherapie (Family Therapy); k. A.: keine Angaben; KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. b.: nicht berechenbar; OR: Odds Ratio; PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); vs.: versus

Hinsichtlich des Endpunkts Gesamtmortalität werden keine Ereignisse berichtet, sodass kein Effektschätzer berechnet werden kann. Damit wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.5.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.5.4.2.1 Endpunkt Teilremission Essstörung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Teilremission Essstörung

Tabelle 152 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung.

Tabelle 152: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Essstörung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Dare 2001	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Russell 1987	hoch	unklar[c]	ja	ja	ja	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Der Angabe in der Studienpublikation, dass die Endpunkterheber nicht an der Durchführung der Behandlung beteiligt waren, lässt sich nicht entnehmen, ob die Endpunkterheber über die Gruppenzugehörigkeit der Patienten informiert waren oder nicht.
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der als unklar bewerteten Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Teilremission Essstörung

Tabelle 153 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung getrennt nach Behandlung im Kontrollstudienarm für alle Auswertungszeitpunkte.

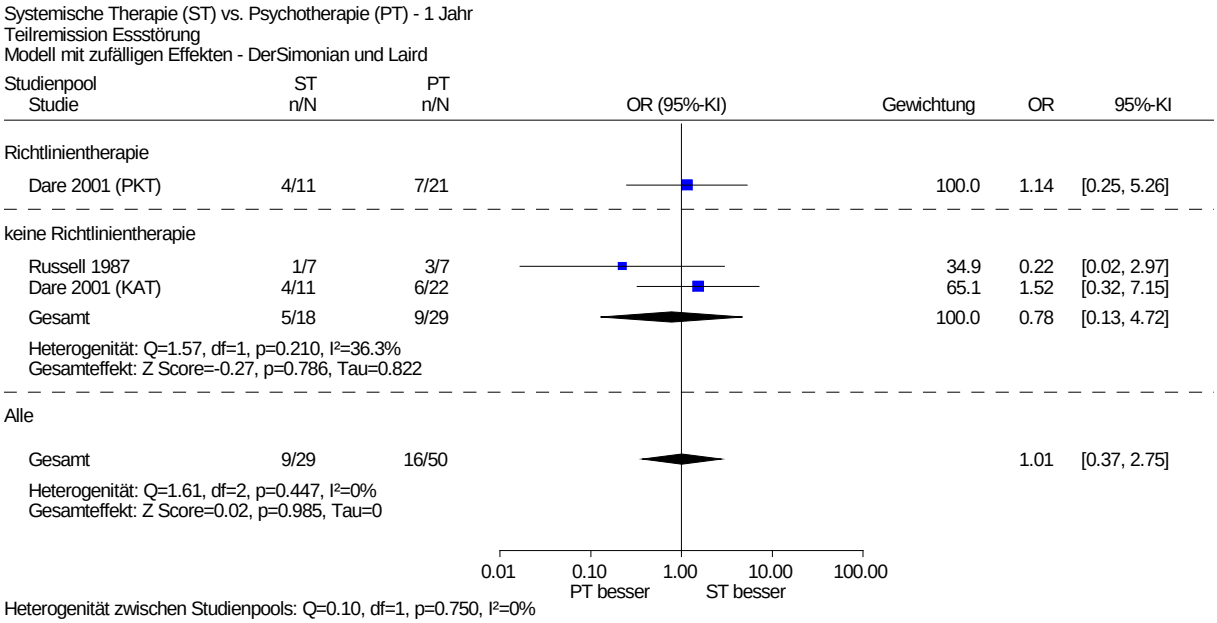
Tabelle 153: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Russell 1987	MRSA[a]	FT vs. IST	12	7	1 (14)	7	3 (43)	0,22 [0,02; 2,97]; 0,310[b]
			72	7	4 (57)	7	6 (86)	0,22 [0,02; 2,97]; 0,255[b]
Dare 2001	MRSA[a]	FT vs. PKT	12	22	8 (36,4)	21	7 (33,3)	1,14 [0,33; 4,01]; 0,856[b]
		FT vs. KAT	12	22	8 (36,4)	22	6 (27,3)	1,52 [0,42; 5,47]; 0,584[b]

a: Anzahl der Patientinnen mit einem Körpergewicht von mindestens 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durchschnittlichen Körpergewichts mit regelmäßiger Menstruation oder mit Amenorrhö (im Vergleich zu Patientinnen mit einem Körpergewicht von weniger als 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durchschnittlichen Körpergewichts).
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

FT: Familientherapie (Family Therapy); IST: individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy); k. A.: keine Angaben; KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KI: Konfidenzintervall; MRSA: Morgan and Russell Scales for Anorexia nervosa; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; OR: Odds Ratio; PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); vs.: versus

Abbildung 57 zeigt die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Teilremission Essstörung getrennt nach Richtlinientherapie / keine Richtlinientherapie im Kontrollstudienarm zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate.



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Dare 2001 wurde halbiert.

Abbildung 57: Metaanalyse zur Teilremission Essstörung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr, getrennt nach Richtlinientherapie

Die Operationalisierung des Endpunkts entspricht einer Teilremission der Anorexia nervosa im Sinne des DSM-5 (Wegfall eines signifikant niedrigen Körpergewichts; in seiner konkreten Operationalisierung – Körpergewicht beträgt mindestens 85 % des für Alter und Körperhöhe durchschnittlichen Gewichts – verweist der Endpunkt gleichwohl auf die Definition des entsprechenden Diagnosekriteriums im DSM-IV).

Für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate wurde eine Metaanalyse mit den Ergebnissen aus 2 Studien mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit durchgeführt. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,447). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie ebenso wie für den Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Ebenso wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Richtlinientherapie festgestellt.

Für den Auswertungszeitpunkt 72 Monate liegen Ergebnisse aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der

systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Für den Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie liegen keine Ergebnisse vor.

Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Ebenso wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Richtlinientherapie festgestellt.

A3.5.4.2.2 Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomverbesserung Essanfälle

Tabelle 154 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle.

Tabelle 154: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Castelnuovo 2011	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Symptomverbesserung Essanfälle

Tabelle 155 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle für den Auswertungszeitpunkt 7 Monate.

Tabelle 155: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Castelnuovo 2011	weniger als 2 Binge-Eating-Attacken pro Woche	SKT vs. KVT	7	30	24 (80)[a]	30	11 (36,7)[a]	6,91 [2,16; 22,10]; < 0,001[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Essanfälle wurde die Anzahl von Patienten mit weniger als 2 Binge-Eating-Attacken pro Woche verstanden. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 7 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen Psychotherapie festgestellt. Da es sich bei der Kontrollintervention um Richtlinientherapie handelt, wird ebenso ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Richtlinientherapie festgestellt.

A3.5.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.5.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.5.4.4.1 Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu sozialem Funktionsniveau / essstörungsspezifischen Symptomen

Tabelle 156 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome.

Tabelle 156: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Russell 1987	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu sozialem Funktionsniveau / essstörungsspezifischen Symptomen

Tabelle 157 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome für den Auswertungszeitpunkt 72 Monate.

Tabelle 157: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Russell 1987	MRSA-Gesamtscore	FT vs. IST	72	7	7,8 (2,8)	k. A.	7	10,6 (1,0)	k. A.	−1,25 [−2,43; −0,07]; 0,039[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

FT: Familientherapie (Family Therapy); IST: individuelle supportive Therapie (Individual supportive Therapy); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MRSA: Morgan and Russell Scales for Anorexia nervosa (Wertebereich 0–12, höhere Werte indizieren eine geringer ausgeprägte Symptomatik); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales Funktionsniveau / essstörungsspezifische Symptome wurde der Gesamtscore der Morgan and Russell Scales for Anorexia nervosa [218,219] verwendet. Es handelt sich um einen Endpunkt, der die Bewertung essstörungsspezifischer Symptome (wie den Grad der Sorgen über die eigene Figur, Untergewicht, eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme) mit einer Bewertung des sozialen Funktionsniveaus (u. a. soziale Kontakte außerhalb der Familie, Erwerbsstatus) kombiniert.

Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 72 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Für den Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie lagen keine Ergebnisse vor.

A3.5.4.4.2 Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu sozialem Funktionsniveau / psychologischen Symptomen

Tabelle 158 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome.

Tabelle 158: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Castelnuovo 2011	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat;

Ergebnisse zu sozialem Funktionsniveau / psychologischen Symptomen

Tabelle 159 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome für alle Auswertungszeitpunkte.

Tabelle 159: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Castelnuovo 2011	OQ-45.2-Gesamtscore	SKT vs. KVT	0	30	96,47 (10,22)	n. a.	30	92,37 (11,01)	n. a.	k. A.	n. a.
			1[a]	30	k. A.	−9,4 (7,46)	30	k. A.	−5,97 (6,2)	k. A.	−0,49[c] [−1,01; 0,02]; 0,570
			7[b]	30	k. A.	−27,2 (10,91)	30	k. A.	−14,47 (12,07)	k. A.	−1,09[c] [−1,63; −0,55]; < 0,001

a: Zeitraum bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus (1 Monat nach Baseline)
b: Zeitraum zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und den 6 Monaten danach
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g)

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KVT: kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; OQ 45.2: Outcome Questionnaire 45.2 (Wertebereich 0–180, höhere Werte indizieren ein geringeres soziales Funktionsniveau bzw. eine stärker ausgeprägte psychische Symptomatik); SD: Standardabweichung; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales Funktionsniveau / psychische Symptome wurde der Gesamtscore des Outcome Questionnaire 45.2 [220-222] verwendet. Es handelt sich um einen Endpunkt, der die Bewertung des Vorhandenseins von Angst- und depressiver Symptomatik mit einer Bewertung des sozialen Funktionsniveaus (u. a. interpersonelle Probleme) kombiniert. Hinsichtlich des Endpunkts soziales Funktionsniveau / psychische Symptome liegen Ergebnisse für 2 Auswertungszeitpunkte aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor. Während sich für den Auswertungszeitpunkt 1 Monat kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zeigte, ergab sich für den Auswertungszeitpunkt 7 Monate nach Entlassung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g herangezogen. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert.

Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt. Da es sich bei der Kontrollintervention um Richtlinientherapie handelt, wird ebenso ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Richtlinientherapie festgestellt.

A3.5.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.5.4.6 Endpunkt Hospitalisierung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 160 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung.

Tabelle 160: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Verzerrungs-potenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene
Dare 2001	hoch	unklar[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Während es zu den übrigen Endpunkten den Hinweis auf eine ITT-Analyse gibt, in der Abbrecher als Non-Responder gewertet wurden, gibt es zum Endpunkt Hospitalisierung keine Angabe, ob Behandlungsabbrecher nachbeobachtet wurden.
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Hospitalisierung

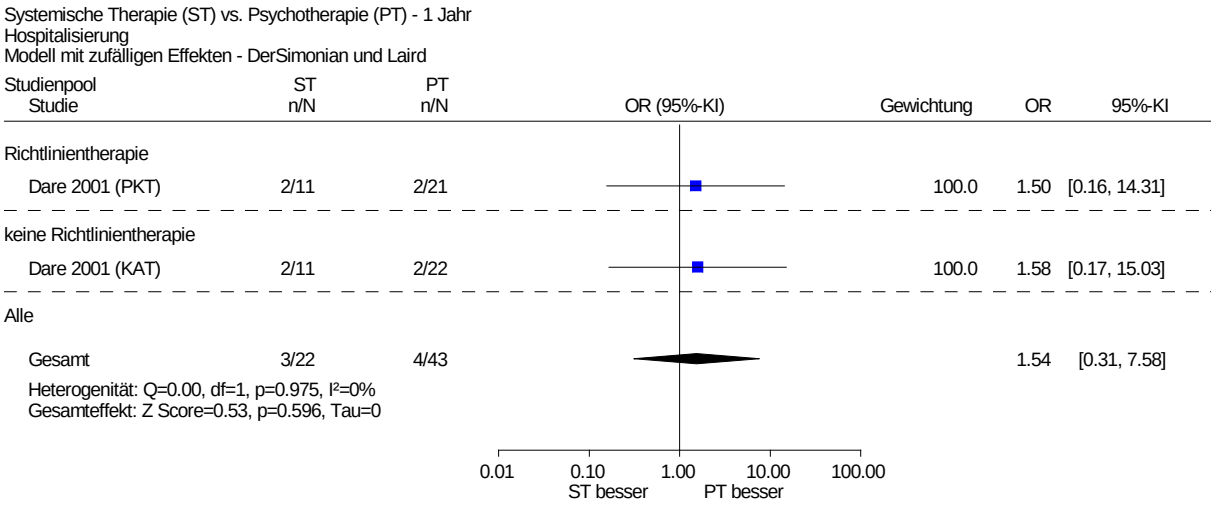
Tabelle 161 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung getrennt nach Behandlung im Kontrollstudienarm für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Tabelle 161: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Dare 2001	Hospitalisierung	FT vs. PKT	12	22	3 (13,6)	21	2 (9,5)	1,50 [0,22; 10,02]; 0,767[a]
		FT vs. KAT	12	22	3 (13,6)	22	2 (9,1)	1,58 [0,24; 10,52]; 0,707[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

FT: Familientherapie (Family Therapy); KAT: kognitiv-analytische Therapie (Cognitive-analytic Therapy); KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PKT: psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (Focal psychoanalytic Psychotherapy); vs.: versus



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Dare 2001 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1,5 Ereignissen im ST-Arm).

Abbildung 58: Metaanalyse zur Hospitalisierung, systemische Therapie (ST) versus andere Psychotherapie (PT) zu 1 Jahr

Als Operationalisierung des Endpunkts Hospitalisierung wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die während der Studienphase in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Hinsichtlich des Endpunkts Hospitalisierung liegen Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate aus einer Studie mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich zwischen den Vergleichen systemische Therapie versus Richtlinientherapie und systemische Therapie versus Nichtrichtlinientherapie keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,975; Abbildung 58). Die metaanalytische Zusammenfassung der Kontrollstudienarme zeigte ebenso wie die alleinige Betrachtung des Vergleichs mit Richtlinientherapie keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Richtlinientherapie oder einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.5.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Dare 2001).

A3.5.5.1 Endpunkt Mortalität

A3.5.5.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 162 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität.

Tabelle 162: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Dare 2001	hoch	nein[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Während es zu den übrigen Endpunkten den Hinweis auf eine ITT-Analyse gibt, in der Abbrecher als Non-Responder gewertet wurden, gibt es zum Endpunkt Gesamtmortalität keine Angabe, ob Behandlungsabbrecher nachbeobachtet wurden.
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als unklar bewerteten Angemessenheit der Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 163 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Tabelle 163: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Dare 2001	Gesamtmortalität	FT vs. SB	12	22	0 (0)	19	1 (5,3)	0,27 [0,01; 7,13]; 0,350[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
FT: Familientherapie (Family Therapy); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Gesamtmortalität wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die während der Studienphase gestorben sind. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie festgestellt.

A3.5.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.5.5.2.1 Endpunkt Teilremission Essstörung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Teilremission Essstörung

Tabelle 164 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung.

Tabelle 164: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Essstörung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Dare 2001	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Teilremission Essstörung

Tabelle 165 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Tabelle 165: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Essstörung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Dare 2001	MRSA[a]	FT vs. SB	12	22	8 (36,4)	19	1 (5,3)	10,29 [1,15; 92,19]; 0,018[b]

a: Anzahl der Patientinnen mit einem Körpergewicht von mindestens 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durchschnittlichen Körpergewichts mit regelmäßiger Menstruation oder mit Amenorrhö (im Vergleich zu Patientinnen mit einem Körpergewicht von weniger als 85 % des für die jeweilige Körperhöhe und das Alter durchschnittlichen Körpergewichts)
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
FT: Familientherapie (Family Therapy); KI: Konfidenzintervall; MRSA: Morgan and Russell Scales for Anorexia nervosa; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); vs.: versus

Die Operationalisierung des Endpunkts entspricht einer Teilremission der Anorexia nervosa im Sinne des DSM-5 (Wegfall eines signifikant niedrigen Körpergewichts). Weitere Informationen zur Operationalisierung dieses Endpunkts finden sich in Abschnitt A3.5.4.2.1. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie festgestellt.

A3.5.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.5.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.5.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.5.5.6 Endpunkt Hospitalisierung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 166 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung.

Tabelle 166: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Hospitalisierung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Dare 2001	hoch	unklar[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Während es zu den übrigen Endpunkten den Hinweis auf eine ITT-Analyse gibt, in der Abbrecher als Non-Responder gewertet wurden, gibt es zum Endpunkt Gesamtmortalität keine Angabe, ob Behandlungsabbrecher nachbeobachtet wurden.
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Hospitalisierung

Tabelle 167 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung für den Auswertungszeitpunkt 12 Monate.

Tabelle 167: Ergebnisse zum Endpunkt Hospitalisierung

Studie	**Instrument / Operatio-nalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Dare 2001	Hospitalisierung	FT vs. SB	12	22	3 (13,6)	19	5 (26,3)	0,44 [0,09; 2,17]; 0,359[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SB: Standardbehandlung (Routine Treatment); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Hospitalisierung wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die während der Studienphase in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung ohne Psycho- oder Pharmakotherapie festgestellt.

A3.6 Störungsbereich gemischte Störungen

A3.6.1 Studiendesign und Studienpopulation

In den folgenden Tabellen wird die im Störungsbereich gemischte Störungen eingeschlossene RCT Lau 2007 hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in der Studie angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der untersuchten Population sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 168: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich gemischte Störungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Lau 2007	▪ systemische Gruppentherapie (Systemic Group Psychotherapy, SGT) ▪ psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy, PAGT)	151	gemischt	Dänemark / 09/1998–02/2001	Baseline, Therapieende (SGT: 5 Monate; PAGT: 12 Monate), 12 Monate nach Therapieende (SGT: 17 Monate; PAGT: 24 Monate)	**Primär**: Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik **Sekundär:** berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
PAGT: psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy); SGT: systemische Gruppentherapie (Systemic Group Psychotherapy)

Tabelle 169: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Lau 2007	▪ Frauen, die an den Langzeitfolgen von intrafamilialem sexuellem Missbrauch in der Kindheit leiden (mindestens 1 Vorfall von sexuellem Missbrauch durch einen Verwandten oder ein Familienmitglied vor dem 16. Lebensjahr) ▪ Alter ≥ 18 Jahre	▪ keine klare Erinnerung an sexuellen Missbrauch ▪ sexueller Missbrauch ohne physischen Kontakt ▪ gegenwärtige Schwangerschaft ▪ Suizidalität ▪ psychotische Symptome ▪ geistige oder organische Beeinträchtigung ▪ Alkohol- oder Drogenmissbrauch	▪ k. A.
k. A.: keine Angaben			

Tabelle 170: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Lau 2007									
SGT	74	gemischt[c, e]	33,7 (9,1)[e]	100 / 0[f]	6,6 (3,9)[g]	n. a.	k. A.	28 (38[h])	37 (50[h])
PAGT	77	gemischt[d, e]	34,9 (11,1)[e]	100 / 0[f]	7,7 (4,9)[g]	n. a.	k. A.	37 (48[h])	46 (60[h])

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben.
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: Primäre psychiatrische Diagnosen nach ICD-10: 42,6 % Persönlichkeitsstörungen, 29,6 % Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, 14,8 % Angststörungen, 11,1 % Affektive Störungen, 1,9 % Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.
d: Primäre psychiatrische Diagnosen nach ICD-10: 50,0 % Persönlichkeitsstörungen, 17,3 % Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, 13,5 % Angststörungen, 7,7 % Zwangs-, dissoziative, somatoforme und andere neurotische Störungen, 7,7 % Affektive Störungen, 3,8 % Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.
e: Angaben bezogen auf die 54 Patienten im SGT-Arm bzw. die 52 Patienten im PAGT-Arm, die die Intervention begonnen haben
f: abgeleitet aus den Einschlusskriterien
g: Dauer des sexuellen Missbrauchs in Jahren (MW [SD])
h: eigene Berechnung

k. A.: keine Angaben; m: männlich; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. a.: nicht anwendbar; PAGT: psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy); SD: Standardabweichung; SGT: systemische Gruppentherapie (Systemic Group Psychotherapy); w: weiblich

Tabelle 171: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Lau 2007				
systemischer Studienarm	**Systemische Gruppentherapie (Systemic Group Psychotherapy, SGT)** ▪ **Ausrichtung:** basierend auf Sozialkonstruktivismus, Lösungsfokussierter Therapie, narrativer Therapie und Systemtheorie [41] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Fokus der Therapie lag auf Flashbacks, Schuldgefühlen und der Validierung von Empfindungen ▪ **Setting:** Gruppe / ambulant ▪ **Besonderheiten:** Psychoedukation in jeder 4. Sitzung; nach jeder Sitzung eigenständige Zusammenkunft aller Patienten für 1 Stunde ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ 2-wöchentliche Supervision der Therapeuten durch zertifizierten Supervisor	▪ 40[a] (de facto ca. 34[b, c]) Sitzungen ▪ 2 Sitzungen pro Woche ▪ 5 Stunden für 2 Sitzungen ▪ 5 Monate (im Mittel 17,1, SD: 5,4) Wochen[b])	▪ 2 erfahrene Therapeuten mit mehrjähriger Ausbildung in der Methode
Kontroll-studienarm	**Psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy, PAGT)** ▪ **Ausrichtung:** psychoanalytisch, basierend auf Foulkes [223] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Fokus der Therapie lag auf intrapsychischen und interpersonalen Schwierigkeiten ▪ **Setting:** Gruppe / ambulant ▪ **Besonderheiten:** nach jeder Sitzung eigenständige Zusammenkunft aller Patienten für 1 Stunde ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ 2-wöchentliche Supervision der Therapeuten durch zertifizierten Supervisor	▪ 48[a] (de facto ca. 46[b, c]) Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 2,25 Stunden pro Sitzung ▪ 12 Monate (im Mittel 46,3, SD: 15,3) Wochen[b])	▪ 2 erfahrene Therapeuten mit mehrjähriger Ausbildung in der Methode

a: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zur Interventionsdauer und Frequenz der Sitzungen
b: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
c: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zur tatsächlichen Interventionsdauer und geplanten Frequenz der Sitzungen
PAGT: psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie [1]; SD: Standardabweichung; SGT: systemische Gruppentherapie (Systemic Group Psychotherapy)

A3.6.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle 172 werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich gemischte Störungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus der eingeschlossenen Studie vorliegen.

Tabelle 172: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**	
	Morbidität	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**
	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik	**Berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome**
Lau 2007	Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung des GSI der SCL-90-R (nach Jacobson & Truax [185])	GAF, soziales und mentales Funktionsniveau (der jeweils niedrigere Wert wurde verwendet)
GAF: Global Assessment of Functioning [224]; GSI: Global Score Index; SCL-90-R: Symptom-Checklist-90-Revised [188]		

A3.6.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 173 dargestellt.

Tabelle 173: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	**Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz**	**Verdeckung der Gruppenzuteilung**	**Verblindung**		**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Keine sonstigen Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**
			Patient	**Behandelnde Personen**			
Lau 2007	ja	unklar[a]	nein[b]	nein[c]	ja	ja	hoch[d]

a: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
b: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
c: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.6.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Lau 2007).

A3.6.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.6.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.6.4.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zu Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 174 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik.

Tabelle 174: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Lau 2007	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	nein[c]	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Nichtberücksichtigungsrate über 10 %
c: Die Definition des Endpunkts ist datenabhängig.
d: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung, der datenabhängigen Definition des Endpunkts und der hohen Nichtberücksichtigungsrate.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zu Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 175 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik für alle Auswertungszeitpunkte.

Tabelle 175: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Lau 2007	Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik[a]	SGT vs. PAGT	5 bzw. 12[b]	54	20	52	9	0,36 [0,14; 0,88]; 0,025[c]
			17 bzw. 24[d]	54	17	52	13	0,736 [0,31; 1,70]; 0,460[c]

a: Anzahl Patienten mit einer klinisch signifikanten Verbesserung des GSI der SCL-90-R (nach Jacobson & Truax [185])
b: Zeitpunkt direkt nach Therapieende (SGT: 5 Monate / PAGT: 12 Monate)
c: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
d: Zeitpunkt 12 Monate nach Therapieende (SGT: 17 Monate / PAGT: 24 Monate)
GSI: Global Score Index (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. a.: nicht anwendbar; OR: Odds Ratio; PAGT: psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy); SCL-90-R: Symptom-Checklist-90-Revised; SGT: systemische Gruppentherapie (Systemic Group Therapy); vs.: versus

Als Endpunkt Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik wurde die Anzahl Patienten operationalisiert, die eine klinisch signifikante Verbesserung (nach Jacobson & Truax [185]) des Global Severity Index der SCL-90-R [188] berichteten. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zum Zeitpunkt 5 bzw. 12 Monate, jedoch nicht zum Zeitpunkt 17 bzw. 24 Monate. Es wird daher hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung generelle psychiatrische Symptomatik ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.6.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.6.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.6.4.4.1 Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum beruflichen und sozialen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 176 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome.

Tabelle 176: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Lau 2007	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Nichtberücksichtigungsrate über 10 %
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der hohen Nichtberücksichtigungsrate.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum beruflichen und sozialen Funktionsniveau / psychische Symptome

Tabelle 177 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome für alle Auswertungszeitpunkte.

Tabelle 177: Ergebnisse zum Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Lau 2007	GAF	SGT vs. PAGT	0	54	53,5 (14,4)	n. a.	52	52,2 (12,6)	n. a.	k. A.	n. a.
			5 bzw. 12[a]	54	68,1 (15,4)	14,6 (15,8)	52	59,3 (15,7)	7,0 (18,2)	k. A.	0,44 [0,06; 0,83]; 0,024[b]
			17 bzw. 24[c]	54	67,2 (18,4)	12,83 (19,26)	52	60,6 (13,7)	7,59 (15,98)	k. A.	0,29 [−0,09; 0,68]; 0,133[b]

a: Zeitpunkt direkt nach Therapieende (SGT: 5 Monate / PAGT: 12 Monate)
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
c: Zeitpunkt 12 Monate nach Therapieende (SGT: 17 Monate / PAGT: 24 Monate)

GAF: Global Assessment of Functioning (Wertebereich 1–100, höhere Werte indizieren ein höheres Funktionsniveau); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PAGT: psychoanalytische Gruppentherapie (Analytic Group Psychotherapy); SD: Standardabweichung; SGT: systemische Gruppentherapie (Systemic Group Therapy); vs.: versus

Der Endpunkt berufliches und soziales Funktionsniveau / psychische Symptome wurde mittels der Global Assessment of Functioning Skala [224] erhoben. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zum Zeitpunkt 5 bzw. 12 Monate, jedoch nicht zum Zeitpunkt 17 bzw. 24 Monate. Zur Relevanzbeurteilung des statistisch signifikanten Unterschieds wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.6.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.7 Störungsbereich körperliche Erkrankungen

A3.7.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich körperliche Erkrankungen hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in den Studien verwendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 178: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich körperliche Erkrankungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Körperliche Krankheiten**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Arvand 2012	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT) ▪ keine Behandlung (Control Group, KB)	22	chronische Hepatitis B	Iran / k. A.	Baseline, 1,75 Monate	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomverbesserung Depressivität
Cockburn 1997	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy; LFT) ▪ keine Behandlung (Control Group)	k. A.[c]	orthopädische Erkrankungen	USA / k. A.	Baseline, nach dem Work-Hardening-Programm (k. A. zur Dauer) und 60 Tage nach Interventionsende	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Arbeitsfähigkeit
Priebe 2001	▪ Paartherapie (PT) ▪ keine Behandlung (Kontrollstudienarm, KB)	44	koronare Herzkrankheit[d]	Deutschland / k. A.	Baseline, 9 Monate	**Primär:** k. A. **Sekundär:** depressive Symptomatik körperlicher Gesundheitszustand
Rakowska 2015	▪ strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT) ▪ keine Behandlung (Usual Care, KB)	81	Myokardinfarkt[e]	Polen / k. A.	Baseline, 10 Wochen, 1 Jahr, 2,5 Jahre nach Behandlungsende	**Primär:** Stress **Sekundär:** körperlicher Gesundheitszustand psychischer Gesundheitszustand Reinfarkt

(Fortsetzung)

Tabelle 178: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich körperliche Erkrankungen (Fortsetzung)

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Körperliche Krankheiten**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Saarijärvi 1991	▪ Paartherapie (Couple Therapy, PT) ▪ keine Behandlung (Control Group, KB)	63	chronische lumbale Rückenschmerzen	Finnland / k. A.	Baseline, 1 Jahr, 5 Jahre	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Arbeitsfähigkeit generelle psychiatrische Symptomatik körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) Schmerzsymptomatik
Shadick 2013	▪ systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy, STIF) ▪ Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group, IV)	79	rheumatoide Arthritis	USA / 09/2007 - 02/2011	Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 9 Monate, 12 Monate, 21 Monate	**Primär:** Krankheitssymptomatik **Sekundär:** Angstsymptomatik depressive Symptomatik körperlicher Gesundheitszustand Schmerzsymptomatik
Szapocznik 2004	▪ ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy, ÖFT) ▪ personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach, PZA) ▪ lokale Routineversorgung (Community Control, LRV)	209	HIV-Infektion	USA / 1996 - 2000	Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 9 Monate, 18 Monate	**Primär:** generelle psychiatrische Symptomatik **Sekundär:** Rückfall

(Fortsetzung)

Tabelle 178: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich körperliche Erkrankungen (Fortsetzung)

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Körperliche Krankheiten**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Vogelaar 2014	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT) ▪ Standardbehandlung (Care as Usual, SB)	98	chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa)[f]	Niederlande / 01/2010–10/2011[g]	Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 9 Monate	**Primär:** Fatiguesymptomatik gesundheitsbezogene Lebensqualität **Sekundär:** Angstsymptomatik depressive Symptomatik körperlicher Gesundheitszustand
Wirsching 1989	▪ familienzentrierter Konsiliardienst (FKD) ▪ Beratung (Beratung bei Bedarf, BER) ▪ medizinische Regelversorgung (MRV)	164	Bronchialkarzinom	Deutschland / k. A.	Baseline, 5 Jahre (kontinuierliche Beobachtung)	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Überleben

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: Der Publikation sind keine Angaben der Anzahl der randomisierten Patienten zu entnehmen. Die Zahl der analysierten Patienten beträgt N = 48.
d: Zustand nach Myokardinfarkt, Angioplastie oder aortokoronarer Bypassoperation
e: Zustand nach Myokardinfarkt
f: Morbus Crohn: 58 (59 % aller randomisierten) Patienten; Colitis ulcerosa: 40 (41 % aller randomisierten) Patienten
g: aus Angaben der Publikation geschlossen

BER: Beratung bei Bedarf; FKD: familienzentrierter Konsiliardienst; HIV: humanes Immundefizienzvirus; IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group; Kontrollstudienarm, Usual Care); LFT: lösungsfokussierte Therapie ((Group) Solution-focused Therapy); LRV: lokale Routineversorgung (Community Control); MRV: medizinische Regelversorgung; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy): PT: Paartherapie (Couple Therapy); PZA: personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach); SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy)

Tabelle 179: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Arvand 2012	▪ mindestens 2 Jahre HBsAg positiv ▪ in Behandlung für Hepatitis B ▪ verheiratet	▪ schwere körperliche oder schwere psychische Störungen	▪ Patienten wurden an eine private Praxis überwiesen
Cockburn 1997	▪ erstmaliger Bezug einer finanziellen Kompensation wegen Erwerbsunfähigkeit ▪ verheiratet ▪ Ehepartner mit Vollzeitbeschäftigung	▪ Medikamente oder andere Faktoren, die eine Teilnahme an der Studie einschränken	▪ Patienten mit einer orthopädischen Erkrankung[a] ▪ von einem Orthopäden überwiesen
Priebe 2001	▪ Zustand nach Myokardinfarkt oder nach akuter Angioplastie bzw. aortokoronarer Bypassoperation, durch die ein drohender Infarkt abgewendet wurde ▪ Abstand zwischen Akutgeschehen und Rehabilitationsbeginn < 12 Wochen ▪ Alter < 70 Jahre zum Zeitpunkt des Akutgeschehens	▪ linksventrikuläre Funktionsstörungen, sofern sie eine Teilnahme an den Trainingsgruppen verhinderten ▪ chronische Komplikationen wie maligne Rhythmusstörungen oder instabile Angina Pectoris ▪ Vorliegen einer bedrohlichen Zweiterkrankung	▪ k. A.
Rakowska 2015	▪ Zustand nach erstmaligem Myokardinfarkt (ICD-10 I21) (diagnostiziert mittels Eingangs-EKG im Krankenhaus und relevanter kardialer Enzyme) ▪ erhöhtes Stressniveau diagnostiziert mittels der „Checklist for Psychosocial Risk Factors for CHD“	▪ schwere psychische Probleme (z. B. Alkoholabhängigkeit oder Psychose)	▪ Diagnose psychischer Komorbidität mittels modifiziertem strukturiertem klinischen Interview des DSM-IV [186], in das zusätzliche Kriterien zu Störungen infolge eines Herzinfarkts aufgenommen wurden ▪ Alter 40–65 Jahre
Saarijärvi 1991	▪ chronische lumbale Rückenschmerzen, durch die Patienten in Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt werden (Einschätzung durch die Patienten) ▪ verheiratet bzw. in Lebensgemeinschaft mit einem Partner / einer Partnerin	▪ Operation im Leisten- oder Bandscheibenbereich in naher Vergangenheit ▪ Erkrankung, die die Aktivitäten des täglichen Lebens stärker beeinträchtigt als der chronische Rückenschmerz	▪ Teilnehmer an einer Rückenschul-Intervention, die ebenfalls evaluiert wurde

(Fortsetzung)

Tabelle 179: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Shadick 2013	▪ Diagnose einer rheumatoiden Arthritis durch einen Rheumatologen ▪ rheumatoide Arthritis in einer aktiven Phase ▪ Alter ≥ 18 Jahre	▪ Remission der Erkrankung ▪ Teilnahme an einem anderen Selbstmanagement-Programm	▪ in ärztlicher Betreuung durch den eigenen Rheumatologen während der Studiendauer
Szapocznik 2004	▪ HIV-positiv ▪ CD4-Zellzahl in einer Höhe, die ein Überleben in den kommenden 18 Monaten als wahrscheinlich erscheinen lässt (> 200 für die ersten ca. 60 Patientinnen; > 50 für die folgenden Patientinnen) ▪ Alter ≥ 18 Jahre ▪ zweite Generation Afroamerikaner ▪ Familienmitglied bereit zur Teilnahme ▪ mindestens 2 interpersonelle Probleme lt. Checkliste in Baselineerhebung	▪ jeglicher Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik (außer durch Drogenkonsum veranlasst) ▪ Obdachlosigkeit bzw. geschlossene Unterbringung ▪ kognitive Beeinträchtigung ▪ Teilnahme an der Pilotierung der Studie ▪ Konsum illegaler Drogen in den zurückliegenden 6 Monaten	▪ HIV-positive afroamerikanische Frauen ▪ psychiatrische Komorbidität nach DSM-III-R (Diagnosestellung mittels SKID) war kein Ausschlusskriterium ▪ keine der Teilnehmerinnen hatte zum Studieneinschluss eine Diagnose einer Substanzabhängigkeit und / oder eines Substandmissbrauchs nach DSM-III-R (N = 143 der 209 Teilnehmerinnen hatten jedoch in der Vergangenheit eine Substanzmissbrauchs- oder Substanzabhängigkeitsdiagnose erhalten) ▪ Teilnehmerinnen erhielten einen finanziellen Ausgleich dafür, dass sie Daten zu den einzelnen Auswertungszeitpunkten zur Verfügung stellten
Vogelaar 2014	▪ Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung von mindestens 6 Monaten Dauer ▪ Alter ≥ 18 Jahre ▪ Fatigue-Score auf der CIS-Subskala Fatigue ≥ 35 ▪ in Remission, definiert als CDAI < 150 oder CAI < 10 und CRP < 10[b]	▪ Schwangerschaft oder Stillen ▪ Vorliegen einer schweren Begleiterkrankung (wie bspw. Krebserkrankung, HIV-Infektion, Hepatitis) ▪ OP in den vergangenen 12 Monaten ▪ Substanz.- bzw. Alkoholmissbrauch während der letzten 2 Jahre	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 179: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Wirsching 1989	▪ erstdiagnostiziertes primäres Bronchialkarzinom[c]	▪ kleinzelliges Karzinom im späten Tumorstadium (Stadium IV)	▪ Patienten vor Beginn der Erstbehandlung (Chemotherapie bei kleinzelligem Karzinom, Operation bei nicht kleinzelligem Karzinom)

a: Diagnosen: 41 % der Patienten mit orthopädischer Erkrankung im Wirbelsäulenbereich, 32 % im Bereich der oberen Extremitäten
b: Es ist aus den Angaben in der Studienpublikation nicht ersichtlich, ob „CRP < 10“ als in jedem Fall notwendige Bedingung oder lediglich als alternativ zu „CDAJ < 150“ erforderliche Bedingung (in Verbindung mit „CAI (ulcerative colitis index) < 10“) zu verstehen ist.
c: kleinzelliges Bronchialkarzinom alle Tumorstadien, nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom nur nicht metastasierte Fälle (Stadium I-IIIb)

CAI: Clinical Activity Index; CDAI: Crohn‘s Disease Index; CD4: Lymphozyten, die das Antigen CD4 tragen; CIS: Checklist Individual Strength; CRP: C-reaktives Protein; DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage, Revision; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; EKG: Elektrokardiogramm; HBsAg: Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen; HIV: humanes Immundefizienzvirus; k. A.: keine Angaben; SKID: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; ZNS: zentrales Nervensystem

Tabelle 180: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Arvand 2012									
LFT	11	Hepatitis B[c]	38,1 (5,9)	27,3 / 72,7	k. A.	4 (36,4)[d]	k. A.	0	k. A.
KB	11	Hepatitis B[c]	37,6 (5,2)	27,3 / 72,7	k. A.	7 (63,6) [d]	k. A.	0	k. A.
Cockburn 1997									
LFT	k. A.	orthopädische Erkrankung[e]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
KB	k. A.	orthopädische Erkrankung[e]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt	k. A.	orthopädische Erkrankung[e]	37,2	58 / 42	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Priebe 2001									
PT	22	koronare Herzkrankheit	53,9 (k. A.)	14 / 86	k. A.	k. A.	13 (59,1)[f]	3 (14)	1 (5)
KB	22	koronare Herzkrankheit	58,1 (k. A.)	13 / 86	k. A.	k. A.	11 (50,0)[f]	k. A.	1 (5)
Rakowska 2015									
SKT	41	vorangegangener Myokardinfarkt	53, 6 (4,6)	42 / 58	28 (68)[g]	23 (56)[h]	5 (12)[i]	2 (5[j])	5 (12[j])
KB	40	vorangegangener Myokardinfarkt	53,4 (4,3)	38 / 62	27 (68)[g]	22 (55)[h]	4 (10)[i]	1 (3[j])	8 (20[j])
Saarijärvi 1991									
PT	33	chronische lumbale Rückenschmerzen	46,5 (9,6)[k]	48 / 52[k]	18,8 (17,9)[k, l]	k. A.	k. A.	4 (12)	4 (12)
KB	30	chronische lumbale Rückenschmerzen	46,4 (8,0)	53 / 47	24,7 (23,3)[l]	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)

(Fortsetzung)

Tabelle 180: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Shadick 2013									
STIF	39	rheumatoide Arthritis	57,8 (13,8)	92,3 / 7,7	1,9 (1,5)[m]	k. A.	k. A.	7 (18)[n]	7 (18)
IV	40	rheumatoide Arthritis	58,5 (12,0)	97,4 / 2,6	1,5 (1,3)[m]	k. A.	k. A.	0 (0)[o]	4 (10)
Szapocznik 2004									
ÖFT	67	HIV	k. A. (k. A.)	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	17[j] (25)	20 (30)
PZA	69	HIV	k. A. (k. A.)	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	27[j] (39)	25 (36)
LRV	73	HIV	k. A. (k. A.)	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	36 (49)
Gesamt	209	HIV	36 (8,0)	100 / 0	461,6 (303,6)[p]	84[q]	k. A.	k. A.	81 (39)
Vogelaar 2014									
LFT	49	chronisch entzündliche Darmerkrankungen[r]	k. A.	k. A.	1,8 (2,3)[s]	k. A.	k. A.	1 (2)	1 (2)
SB	49	chronisch entzündliche Darmerkrankungen[r]	k. A.	k. A.	3,0 (3,9)[s]	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)
Gesamt	98	chronisch entzündliche Darmerkrankungen[r]	40,1 (10,3)	63 / 37	k. A.	k. A.	k. A.	1 (1)	1 (1)
Wirsching 1989									
FKD	58	Bronchialkarzinom	57,0 (8,0)	19 / 81	55[t]	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)
BER	46	Bronchialkarzinom	55,0 (7,0)	17 / 83	80[t]	k. A.	k. A	k. A	0 (0)
MRV	60	Bronchialkarzinom	58,0 (9,0)	17 / 83	79[t]	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)

(Fortsetzung)

Tabelle 180: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben.
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: abgeleitet aus dem Einschlusskriterium „chronische Hepatitis“
d: BDI-Score ≥ 16, eigene Berechnung
e: 41 % der Patienten mit orthopädischer Erkrankung im Wirbelsäulenbereich, 32 % im Bereich der oberen Extremitäten (nicht näher spezifiziert in Studienpublikation)
f: Hypertonie
g: Symptome von Herzversagen nach dem Herzinfarkt
h: Angststörung, depressive Störung, Belastungsstörung, gemischt, eigene Berechnungen
i: Weichteilrheumatismus und Arthrosen
j: eigene Berechnung
k: Die Angaben basieren auf 29 von 33 Patienten in der Intervention.
l: Dauer der Rückenschmerzen in Monaten
m: Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index
n: nach 24 von 36 Wochen
o: Kein Studienteilnehmer bat um Einstellung der Zusendung von Informationsmaterial.
p: selbstberichtete T-Lymphozytenzahl
q: Patientinnen mit DSM-III-R-Diagnose
r: Morbus Crohn: 58 (59 % aller randomisierten) Patienten; Colitis ulcerosa: 40 (41 % aller randomisierten) Patienten
s: C-reaktives Protein (CRP) als Entzündungsparameter
t: Anteile der Patienten mit einem Karnofsky-Index ≥ 1 [%]

BDI: Beck-Depressions-Inventar; BER: Beratung bei Bedarf; DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage, Revision; FKD: familienzentrierter Konsiliardienst; HIV: humanes Immundefizienzvirus; IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group; Kontrollstudienarm, Usual Care); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); LRV: lokale Routineversorgung (Community Control); MRV: medizinische Regelversorgung; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy): PT: Paartherapie (Couple Therapy); PZA: personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach); SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Arvand 2012				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie [44-48] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** lösungsorientierte Fragen; Therapieziele: Verbesserung der Depression und Compliance in Bezug auf die Hepatitisbehandlung ▪ **Setting:** Gruppe / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Hepatitisbehandlung[a]	▪ k. A.	▪ 7 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 2 Stunden ▪ 7 Wochen[b]	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Control Group, KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Hepatitisbehandlung[a]	▪ k. A.	▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Cockburn 1997				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie [15,49] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Therapieziele: psychosoziale Anpassung ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 1 Stunde ▪ 6 Wochen	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Control Group, KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** orthopädische Rehabilitation mit Teilnahme an einem „Work-Hardening“-Programm	▪ k. A.	▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Priebe 2001				
systemischer Studienarm	**Paartherapie (PT)** ▪ **Ausrichtung:** Orientierung an struktureller Familientherapie [50-52] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** lösungsorientierte Gespräche, Information über Prognose, Risikofaktoren und Möglichkeiten zu deren Reduktion, Hausaufgaben; Therapieziele: Verminderung von Risikofaktoren, psychosoziale Anpassung, Verbesserung von Krankheitsparametern, Verminderung von Depressivität und Sorgen bei den Patienten, Erhöhung der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsangebot ▪ **Setting:** Paar / ambulant ▪ **Besonderheiten:** Teilnahme des betreuenden Internisten ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ k. A.	▪ 2–4 Sitzungen ▪ variabel ▪ 60 Minuten ▪ zwischen 6 Wochen bis ca. 6 Monaten (je nach Anzahl Sitzungen)	▪ Psychologe / Psychotherapeut
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Kontrollstudienarm, KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** ambulante Koronarrehabilitation: intensive Betreuung durch einen niedergelassenen Internisten; regelmäßige Gymnastik und fahrradergometrische Dauerbelastungen in krankengymnastisch geleiteten Gruppen	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 6 Wochen	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Rakowska 2015				
systemischer Studienarm	**Strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy, SKT)** ▪ **Ausrichtung:** Orientierung an Fisch [20] und Watzlawick [21]; basierend auf kybernetischen Ansätzen ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Reframing, Paradoxe Intention, Hausaufgaben ▪ **Setting:** Einzel / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm	▪ Manual von Rakowska [225] ▪ Protokolladhärenz der Therapeuten wurde auf Basis Audioaufnahmen aus den Sitzungen 2, 7 und 10 von zufällig ausgewählten Patienten bewertet	▪ 10 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 1 Stunde ▪ 10 Wochen	▪ erfahrene und supervidierte Psychologen
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Usual Care, KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** medikamentöse Behandlung (Thrombozytenaggregationshemmer; ACE-Hemmer; Betablocker; Statine), schriftliche Informationen zu Risikofaktoren, Lebensstil-Beratung, Angebot zur Teilnahme an einem Sportprogramm von 12 Wochen; ggf. Revaskularisierung[c]	▪ k. A.	▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Saarijärvi 1991				
systemischer Studienarm	**Paartherapie (Couple Therapy, PT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch / integrativ [54,55]; Orientierung am Familiensystemmodell (Bloch) [53]; Prinzipien: Neutralität, Hypothetisieren und Zirkularität [56] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** intervenierende Fragen zur Zukunft und reflexive Fragen [57]; Klärung und Konfrontation ▪ **Setting:** Paar / ambulant[d] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ 5 Sitzungen ▪ 1 Sitzung im Monat ▪ 1–2 Stunden inkl. 10–15 Minuten Pause ▪ k. A.	▪ 2 Familientherapeuten (1 Mann und 1 Frau)
Kontroll-studienarm	**Keine Behandlung (Control Group, KB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a.[e] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** keine Paartherapie ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Shadick 2013				
systemischer Studienarm	**Systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy, STIF)** ▪ **Ausrichtung:** Orientierung am Modell des „Inneren Familien-Systems“ (Internal Family Systems Model) [58]; Integration von systemischem Ansatz mit Paradigma der multiplen Persönlichkeitsanteile ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. innerer Dialog; Achtsamkeit ▪ **Setting:** Einzel- und Gruppentherapie (8–10 Patienten) / k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** medizinische Versorgung durch Rheumatologen	▪ Einsatz eines Manuals ▪ Dokumentation der Sitzung mit IFS-relevanten Aspekten ▪ monatliche Supervision der Therapeuten	**Gruppe** ▪ k. A. ▪ alle 2 Wochen in den ersten 3 Monaten, danach 1 Mal im Monat ▪ k. A. ▪ k. A. **Einzel** ▪ 15 Sitzungen ▪ alle 2 Wochen ▪ 50 Minuten ▪ 36 Wochen	▪ durchschnittlich 4 Jahre Erfahrung mit IFS-Therapie ▪ 9 Therapeuten für die Einzelsitzungen: 4 Psychologen, 4 Sozialarbeiter und 1 Psychiatrie-Pfleger ▪ 1 Therapeut für die Gruppensitzungen: Zweitautorin (NFS) führt alle durch
Kontroll-studienarm	**Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group, IV)** ▪ **Ausrichtung:** unspezifisch („minimal-attention control“) ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** ein Gruppentreffen zu Beginn, danach monatlich schriftliche Informationen zur Erkrankung plus Telefonanruf; Themen der Informationseinheiten: u. a. Sport, Basistherapie (mit Antirheumatika), unterstützende Medizinprodukte, Laboruntersuchungen, Ernährung, Abgrenzung zu anderen Erkrankungen (Arthrose), Immunsystem ▪ **Setting:** Einzel und Gruppe / n. a. ▪ **Besonderheiten:** keine Informationen zu Coping oder Stressreduktion ▪ **Begleittherapie:** medizinische Versorgung durch Rheumatologen	▪ k. A.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ 36 Wochen	▪ n. a.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Szapocznik 2004				
systemischer Studienarm	**Ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy, ÖFT)** ▪ **Ausrichtung:** basiert auf der strategischen Kurzzeittherapie (Brief strategic Family Therapy) [42] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** grundlegende Techniken: Joining wie auch Restrukturieren ▪ **Setting:** Familie / ambulant (zu Hause) ▪ **Besonderheiten:** neben Betrachtung innerfamiliärer Beziehungen ebenso Betrachtung von Beziehungen zwischen Familie und Außensystemen ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ ÖFT-Behandlungs-manual ▪ ca. 3 Monate Training für neue Therapeuten des SET-Teams ▪ Supervision auf Basis von Fallnotizen und Videoaufnahmen ▪ wöchentliche Gruppen-Supervision à 2 Stunden ▪ alle 2 Monate Supervision des Supervisors auf Basis zufällig ausgewählter Aufnahmen ▪ Rating der therapeutischen Adhärenz durch trainierte und verblindete Rater	▪ 12,45 Sitzungen (SD = 12,85)[f] ▪ k. A. ▪ 61,71 Minuten (SD = 17,55)[f] ▪ k. A.	▪ Masterabschluss in Beratung, soziale Arbeit, Paar- oder Familientherapie ▪ mindestens 1 Jahr klinische Erfahrung ▪ afroamerikanische Frauen mit Erfahrung in afroamerikanischer Kultur und der Beratung von Afroamerikanern

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 1	**Personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach, PZA)** ▪ **Ausrichtung:** humanistisch; orientiert an Rogers [43] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** keine spezifischen Techniken; Therapeutischen Grundhaltungen: bedingungslose positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz ▪ **Setting:** Einzel[g] / ambulant (zu Hause) ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Nichtrichtlinientherapie	▪ PZA-Behandlungs-manual ▪ Ansatz: Training und Supervision umfassender als im ÖFT-Studienarm zur Vermeidung von „allegiance“-Bias ▪ Training in PZA durch anerkannten Experten ▪ Supervision im 1. Jahr wöchentlich und alle 2 Wochen im 2. Jahr auf Basis zufällig ausgewählter Videoaufnahmen ▪ Rating der therapeutischen Adhärenz durch trainierte verblindete Rater	▪ 5,74 Sitzungen (SD = 5,23)[f] ▪ k. A. ▪ 50,77 Minuten (SD = 17,94)[f] ▪ k. A.	▪ Masterabschluss in Psychologie, Beratung, soziale Arbeit, 1 Jahr klinische Erfahrung ▪ afroamerikanische Frauen mit Erfahrung in afroamerikanischer Kultur und in der Beratung von Afroamerikanern

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 2	**Lokale Routineversorgung (Community Control, LRV)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** lokale Routineversorgung für HIV-positive afroamerikanische Frauen; keine Interventionen im Rahmen der Studie ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ keine	▪ k. A.	▪ k. A.
Vogelaar 2014				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie [59] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Therapieziele: Verbesserung der Coping-Fähigkeiten; Fatigue-Management ▪ **Setting:** Gruppe / k. A. ▪ **Besonderheiten:** 5. Sitzung: Teilnahme eines Partners / Familienmitglieds / Verwandten mit Psychoedukation (Themen: Darmerkrankung, Fatigue und lösungsfokussierte Therapie); 7. Sitzung: „Booster session“ ▪ **Begleittherapie:** k. A	▪ k. A.	▪ 7 Sitzungen ▪ k. A. ▪ 1,5 Stunden ▪ 6 Monate	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Standardbehandlung (Care as Usual, SB)** ▪ **Ausrichtung:** k. A.[h] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Wirsching 1989				
systemischer Studienarm	**Familienzentrierter Konsiliardienst (FKD)** ▪ **Ausrichtung:** orientiert an „Systems Consultation“ nach Wynne [60] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** 1. Sitzung vor med. Primärbehandlung, dann Sitzungen mit nächsten Angehörigen ▪ **Setting:** stationär und ambulant / Einzel und Familie ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ im Mittel 5,9 Sitzungen ▪ zwischen ersten beiden Sitzungen ca. 2 Wochen, dann unregelmäßig ▪ k. A. ▪ bis zu 2 Jahre	▪ Arzt oder Psychologe
Kontroll-studienarm 1	**Beratung (Beratung bei Bedarf, BER)** ▪ **Ausrichtung:** unspezifisch ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** konfliktorientiertes Vorgespräch, dann Angebot einer Beratung bei Bedarf ▪ **Setting:** stationär und ambulant / Einzel ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ im Mittel 1,1 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ bis zu 2 Jahre	▪ k. A.
Kontroll-studienarm 2	**Medizinische Regelversorgung (MRV)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** n. a. / n. a. ▪ **Besonderheiten:** kein Kontakt zu Mitarbeitern, die die Behandlung im systemischen Studienarm durchführten ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ n. a.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a.	▪ behandelnde Ärzte und Pflegepersonal

(Fortsetzung)

Tabelle 181: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

a: Fortführung der vor Studienbeginn eingesetzten medikamentösen Behandlung in beiden Studienarmen aus Angaben der Publikation geschlossen
b: Die Interventionsdauer wurde aus den Angaben der Publikation zu Anzahl und Frequenz der Behandlung geschlossen.
c: Im SKT-Arm erhielten 36,59 % und im KB-Arm 42,50 % der Patienten eine Stentangioplastie. Im SKT-Arm erhielten 4,88 % und im KB-Arm 7,5 % der Patienten einen Koronararterien-Bypass.
d: aus Angaben der Publikationen geschlossen
e: In den Studienpublikationen werden keine weiteren Angaben zur Ausgestaltung des Kontrollstudienarms gemacht, der Kontrollstudienarm wird lediglich als Control Group beschrieben. Für die vorliegende Nutzenbewertung wird dies interpretiert als die Durchführung keiner Behandlung im Kontrollstudienarm.
f: berichtete mittlere Anzahl und Dauer der Prüf- und Kontrollintervention
g: abgeleitet aus dem Ansatz und der Tatsache, dass die Intervention zu Hause durchgeführt wird
h: In den Studienpublikationen werden keine weiteren Angaben zur Ausgestaltung des Kontrollstudienarms gemacht, der Kontrollstudienarm wird lediglich als Care as Usual beschrieben. Für die vorliegende Nutzenbewertung wird dies interpretiert als die Durchführung einer Standardbehandlung im Kontrollstudienarm.

BER: Beratung bei Bedarf; FKD: familienzentrierter Konsiliardienst; HIV: humanes Immundefizienzvirus; IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; keine Behandlung (Control Group; Kontrollstudienarm, Usual Care); LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); LRV: lokale Routineversorgung (Community Control); MRV: medizinische Regelversorgung; n. a.: nicht anwendbar; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy): PT: Paartherapie (Couple Therapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie; PZA: personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach); SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy)

A3.7.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Essstörungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität)

Studie	**Endpunkte**									
	Mortalität	**Morbidität**								
	Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Depressivität**	**Depressive Symptomatik**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Arvand 2012	–	–	–	–	Anteil der Patienten mit BDI-Gesamt-score < 16	–	–	–	–	–
Cockburn 1997	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Priebe 2001	–	–	–	–	–	HDRS	–	–	–	–
Rakowska 2015	–	Anzahl der Patienten mit erneutem fatalem oder nicht fatalem Myokardinfarkt (Diagnose aus dem Kranken-hausentlassbrief oder dem Krankenhaus-entlassungs-register)	–	–	–	–	–	–	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**									
	Mortalität	**Morbidität**								
	Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Depressivität**	**Depressive Symptomatik**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Saarijärvi 1991	–	–	–	–	–	–	–	–	SNQ-Pain-Index	BSI: Mittelwert aus 6 Subskalen (Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, Feindseligkeit, Zwanghaftigkeit)[a]
Shadick 2013	–	–	–	STAI: State Anxiety Scale	–	BDI-Gesamtscore	–	DAS28-CRP4-Gesamtscore	VAS	–

(Fortsetzung)

Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**									
	Mortalität	**Morbidität**								
	Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Depressivität**	**Depressive Symptomatik**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Szapocznik 2004	–	–	Diagnose einer Substanzab-hängigkeit und / oder eines Substanzmiss-brauchs nach DSM-III-R mittels strukturiertem klinischem Interview (SCID-NP-HIV)	–	–	–	–	–	–	BSI-GSI
Vogelaar 2014	–	–	–	HADS: Anxiety Subscale	–	HADS: Depres-sion Subscale	CIS:Total Score	–	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**									
	Mortalität	**Morbidität**								
	Überleben	**Reinfarkt**	**Rückfall**	**Angstsymptomatik**	**Symptomverbesserung Depressivität**	**Depressive Symptomatik**	**Fatiguesymptomatik**	**Krankheitssymptomatik**	**Schmerzsymptomatik**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**
Wirsching 1989	Zeit bis Tod (mediane Überlebens-zeit in Monaten)	–	–	–	–	–	–	–	–	–

a: In der Studienpublikation wird beschrieben, dass ein „total score“ als Summe über die 6 Subskalenwerte berechnet wurde. Durch den Vergleich der berichteten Subskalenwerte für beide Studiengruppen zu 1 Jahr mit den berichteten „total score“-Werten für beide Studiengruppen zu 1 Jahr ist jedoch erkennbar, dass die angegebene Berechnungsvorschrift falsch sein und es sich beim „total score“ vielmehr um den Mittelwert der 6 Subskalenwerte handeln muss.

–: keine Daten extrahiert

BDI: Beck Depression Inventory [197]; BSI: Brief Symptom Inventory [226]; BSI-GSI: Brief Symptom Inventory Global Severity Index [227]; CIS: Checklist Individual Strength [228]; DAS28-CRP4: Disease Activity Score-28-C-reactive Protein 4; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale [229]; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale [202]; SCID-NP-HIV: Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Nonpatient version for HIV studies [230]; SNQ: Standardized Nordic Questionnaire [231]; STAI: State Trait Anxiety Inventory [232]; VAS: visuelle Analogskala

Tabelle 183: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse)

Studie	**Endpunkte**							
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit						
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Arbeitsfähigkeit**	**Körperlicher Gesundheitszustand**	**Körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)**	**Körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)**	**Körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)**	**Psychischer Gesundheitszustand**	**Unerwünschte Ereignisse**
Arvand 2012	–	–	–	–	–	–	–	–
Cockburn 1997	–	Anzahl Patienten, die nach Behandlungsende ihre Arbeit wieder aufnahmen	–	–	–	–	–	–
Priebe 2001	–	–	VAS	–	–	–	–	–
Rakowska 2015	–	–	SF-36: Physical Function Score	–	–	–	SF-36: Mental Function Score	–
Saarijärvi 1991	–	Anzahl Arbeitsunfähig-keitstage	–	ADL	SNQ: Impairment Index	ärztliche Untersuchung von 12 Körper-funktionen (Bein-, Gesäß-, Rücken- und Schultermuskeln, Arm-, Hüft- und Kniefunktion, Beweglichkeit des unteren Rückens, Sitzen, Stehen, Ausziehen, Gehen)	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 182: Operationalisierung extrahierter Endpunkte (Mortalität und Morbidität) (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**							
		Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit						
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	**Arbeitsfähigkeit**	**Körperlicher Gesundheitszustand**	**Körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)**	**Körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)**	**Körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)**	**Psychischer Gesundheitszustand**	**Unerwünschte Ereignisse**
Shadick 2013	–	–	SF-12: Physical Function Score	–	–	–	–	–
Szapocznik 2004	–	–	–	–	–	–	–	–
Vogelaar 2014	IBDQ: Total Score	–	SF-36: Physical Function Score	–	–	–	–	–
Wirsching 1989	–	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert

ADL: Activities of daily Living, reduzierte Version [233]; IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire [234,235]; SF-12: Short Form 12 [236]; SF-36: Short Form 36 [237-239]; SNQ: Standardized Nordic Questionnaire [231]; VAS: visuelle Analogskala [240]

A3.7.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 184 dargestellt.

Tabelle 184: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Arvand 2012	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Cockburn 1997	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Priebe 2001	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Rakowska 2015	ja	unklar[f]	nein[g]	nein[d]	ja	ja	hoch[h]
Saarijärvi 1991	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Shadick 2013	ja	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[h]
Szapocznik 2004	ja	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[h]
Vogelaar 2014	ja	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[h]
Wirsching 1989	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	nein[i]	ja	hoch[j]

a: keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
b: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
c: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
d: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
f: Die zur Gruppenzuteilung verwendeten Umschläge wurden lediglich als „versiegelt“ beschrieben. Offen bleibt, ob diese seriennummeriert und undurchsichtig waren.
g: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen. Zudem wurden die Patienten über das Ergebnis der Gruppenzuteilung informiert, indem ihnen die zur Gruppenzuteilung verwendeten Umschläge nach Abschluss der Prozedur ausgehändigt wurden.
h: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der als unklar bewerteten Verdeckung der Gruppenzuteilung.
i: Stratifizierte Analysen nach Stadium im Indikationsbereich nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom ist nicht ausreichend begründet und dargestellt, insbesondere fehlt ein aussagekräftiger Interaktionstest.
j: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz bzw. zur Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie aus der ergebnisabhängigen Ergebnisdarstellung von Subgruppenanalysen.

A3.7.4 Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Szapocznik 2004).

A3.7.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.7.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.7.4.2.1 Endpunkt Rückfall

Tabelle 185: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Szapocznik 2004	hoch	unklar[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 186: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Szapocznik 2004	Substanzkonsum	ÖFT vs. PZA	9	44[a, b]	4 (9,1)	44[a, b]	13 (29,6)	0,24 [0,07; 0,80]; 0,015[c]

a: Patientinnen, die jemals eine Substanzmissbrauchs- oder Substanzabhängigkeitsdiagnose erhalten haben
b: Anzahl der zu 9 Monaten ausgewerteten Patientinnen
c: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); OR: Odds Ratio; PZA: personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Rückfall wurde die Anzahl von Patienten mit einer Diagnose einer Substanzabhängigkeit und / oder eines Substandmissbrauchs nach DSM-III-R verstanden. Tabelle 186 zeigt hinsichtlich des Endpunkts Rückfall die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.7.4.2.2 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 187: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Szapocznik 2004	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: ca. 39 % fehlende Patienten zum Zeitpunkt 18 Monate
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 188: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW[a, b] [95 %-KI][b]**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW[a, b] [95 %-KI][b]**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Szapocznik 2004	BSI-GSI	ÖFT vs. PZA	0	67	k. A.	n. a.	69	k. A.	n. a.	k. A.	n. a.
			3	67	368 [346; 390]	k. A.	69	348 [328; 368]	k. A.	0,22 [−0,11; 0,55]; 0,190[c]	k. A.
			6	67	346 [326; 366]	k. A.	69	350 [328; 372]	k. A.	−0,04 [−0,38; 0,29]; 0,794[c]	k. A.
			9	67	303 [282; 324]	k. A.	69	364 [344; 384]	k. A.	−0,69 [−1,04; −0,35]; < 0,001[c]	k. A.
			18	67	305 [282; 328]	k. A.	69	339 [314; 364]	k. A.	−0,33 [−0,66; 0,01]; 0,054[c]	k. A.

a: rangtransformierte Werte [241,242]
b: Werte aus Grafik abgelesen
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

BSI-GSI: Brief Symptom Inventory Global Severity Index [227] (Wertebereich 0–4, hier jedoch rangtransformierte Werte, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); PZA: personzentrierter Ansatz (Person-centered Approach); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik wurde der Brief-Symptom-Inventory-Global-Severity-Index(BSI-GSI)-Skalenwert [227] verwendet. Tabelle 188 zeigt hinsichtlich des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3, 6, 9 und 18 Monate. Während sich zu den Auswertungszeitpunkten 3, 6 und 18 Monate kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zeigte, ergab sich zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher für den Auswertungszeitpunkt 9 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.7.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.7.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.7.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.7.5 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefern 9 Studien verwertbare Ergebnisse (Arvand 2012, Cockburn 1997, Priebe 2001, Rakowska 2013, Saarijärvi 1991, Shadick 2013, Szapocznik 2004, Vogelaar 2014, Wirsching 1989).

A3.7.5.1 Endpunkt Mortalität

A3.7.5.1.1 Endpunkt Überleben

Tabelle 189: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Mortalität

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Wirsching 1989	hoch	unklar[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 190: Ergebnisse zum Endpunkt Überleben (Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, mit kurativer Zielsetzung operiert)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
			N	Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI]; Patienten mit Ereignis n (%)	N	Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI]; Patienten mit Ereignis n (%)	HR [95 %-KI]; p-Wert
Wirsching 1989	Überleben	FKD vs. BER	40	26,0 [k. A.]; k. A.	30	20,0 [k. A.]; k. A.	0,73 [k. A.]; k. A.[a, b]
		FKD vs. MRV	40	26,0 [k. A.]; k. A.	43	14,0 [k. A.]; k. A.	1,10 [k. A.]; n. s.[a, c]

a: Vergleich von FKD vs. BER vs. MRV: Mantel-Cox-(Log-Rank-)Test: p = 0,59
b: multiples Cox-Modell mit Behandlungsgruppe, Alter, Tumorstadium als Kovariablen, HR aus vorhandenen Angaben selbst berechnet
c: multiples Cox-Modell mit Behandlungsgruppe, Alter, Tumorstadium als Kovariablen
BER: Beratung bei Bedarf; FKD: familienzentrierter Konsiliardienst; HR: Hazard Ratio; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MRV: medizinische Regelversorgung; N: Anzahl ausgewerteter Patienten; vs.: versus

Tabelle 191: Ergebnisse zum Endpunkt Überleben (Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, primär (palliativ) chemotherapiert)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
			N	Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI]; Patienten mit Ereignis n (%)	N	Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI]; Patienten mit Ereignis n (%)	HR [95 %-KI]; p-Wert
Wirsching 1989	Überleben	FKD vs. BER	18	10,14 [k. A.]; k. A.	16	7,80 [k. A.]; k. A.	0,79 [k. A.]; k. A.[a, b]
		FKD vs. MRV	18	10,14 [k. A.]; k. A.	17	6,18 [k. A.]; k. A.	0,49 [k. A.]; < 0,05[a, c]

a: Vergleich von FKD vs. BER vs. MRV: Mantel-Cox-(Log-Rank-)Test p = 0, 68
b: multiples Cox-Modell mit Behandlungsgruppe, Alter, Tumorstadium als Kovariablen, HR aus vorhandenen Angaben selbst berechnet
c: multiples Cox-Modell mit Behandlungsgruppe, Alter, Tumorstadium als Kovariablen
BER: Beratung bei Bedarf; FKD: familienzentrierter Konsiliardienst; HR: Hazard Ratio; k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MRV: medizinische Regelversorgung; N: Anzahl ausgewerteter Patienten; vs.: versus

Der Endpunkt Überleben wurde als Zeit bis zum Tod operationalisiert. Hinsichtlich des Endpunkts Überleben liegen Ergebnisse aus einer Überlebenszeitanalyse aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit vor (Tabelle 190 und Tabelle 191). Es wurden nur die Ergebnisse für Patienten mit kleinzelligem und nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom mit allen Tumorstadien berücksichtigt. Die Ergebnisse für Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom im Stadium IIIb wurden nicht berücksichtigt, da nicht erkennbar ist, warum separate Ergebnisse nur speziell für diese Subgruppe und nicht zusätzlich für Patienten mit anderen Tumorstadien berichtet wurden.

Für die Gruppe der Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom zeigte sich auf Basis der Ergebnisse einer multiplen Cox-Regression für den Vergleich systemische Therapie versus medizinische Regelversorgung kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Für diese Subgruppe wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt. Für den Vergleich systemische Therapie versus Beratung bei Bedarf wurden keine Ergebnisse eines Signifikanztests berichtet.

Für die Gruppe der Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom zeigte sich auf Basis der Ergebnisse einer multiplen Cox-Regression für den Vergleich systemische Therapie versus medizinische Regelversorgung ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher für diese Subgruppe ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt. Für den Vergleich systemische Therapie versus Beratung bei Bedarf wurden keine Ergebnisse eines Signifikanztests berichtet.

A3.7.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.7.5.2.1 Endpunkt Reinfarkt

Tabelle 192: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Reinfarkt

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Rakowska 2015	hoch	ja	ja	ja	ja	hoch[a]

a: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene.
ITT: Intention to treat

Tabelle 193: Ergebnisse zum Endpunkt Reinfarkt

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Rakowska 2015	Reinfarkt (nicht fatal)	SKT vs. KB	0	41	1 (2,4)[a]	40	0 (0)	n. b.
			2,5	41	1 (2,4)	40	0 (0)	n. b.
			14,5	41	2 (4,9)	40	7 (17,5)	0,24 [0,05; 1,24]; 0,078[b]
			32,5	41	2 (4,9)	40	7 (17,5)	0,24 [0,05; 1,24]; 0,078[b]
	Reinfarkt (fatal)	SKT vs. KB	0	41	n. a.	40	n. a.	n. a.
			2,5	41	0 (0)	40	0 (0)	n. b.
			14,5	41	0 (0)	40	0 (0)	n. b.
			32,5	41	1 (2,4)	40	6 (15,0)	0,14 [0,02; 1,24]; 0,049[c]
	alle Reinfarkte (nicht fatal und fatal)	SKT vs. KB	0	41	1 (2,4)	40	0 (0)	n. b.
			2,5	41	1 (2,4)	40	0 (0)	n. b.
			14,5	41	2 (4,9)	40	7 (17,5)	0,24 [0,05; 1,24]; 0,078[b]
			32,5	41	2 (4,9)	40	7 (17,5)	0,24 [0,05; 1,24]; 0,078[b]

a: Offenbar ereignete sich zwischen Studieneinschluss und Behandlungsbeginn ein Reinfarkt.
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
c: eigene Berechnung, unbedingter exakter Test (CSZ-Methode nach [190]), asymptotisch. Diskrepanz zwischen p-Wert (exakt) und Konfidenzintervall (asymptotisch) aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden

KB: keine Behandlung (Usual Care); KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; n. b.: nicht berechenbar; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Reinfarkt wurde die Anzahl der Patienten verstanden, die während der Studienphase einen erneuten Myokardinfarkt (fatal oder nicht fatal) erlitten. Aus einer Studie lagen hinsichtlich des Endpunkts Reinfarkt liegen Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 3 Auswertungszeitpunkten vor (Tabelle 193). Zum Auswertungszeitpunkt 2,5 Monate wurde nur in einer Studiengruppe ein Ereignis berichtet, sodass kein Effektschätzer berechnet werden konnte. Zu den Auswertungszeitpunkten 14,5 und 32,5 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.2 Endpunkt Rückfall

Tabelle 194: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Rückfall

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Szapocznik 2004	hoch	unklar[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 195: Ergebnisse zum Endpunkt Rückfall

Studie	Instrument / Operatio-nalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Szapocznik 2004	Substanzkonsum-diagnose	ÖFT vs. LRV	0	47[a]	n. a.	48[a]	n. a.	n. a.
			9	44[a, b]	4 (9,1)	41[a, b]	3 (7,3)	1,27 [0,27; 6,04]; 0,805

a: Patientinnen, die jemals eine Substanzmissbrauchs- oder Substanzabhängigkeitsdiagnose erhalten haben (N = 143)
b: Anzahl der zu 9 Monaten ausgewerteten Patientinnen
KI: Konfidenzintervall; LRV: lokale Routineversorgung (Community Control); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; n. a.: nicht anwendbar; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); OR: Odds Ratio; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Rückfall wurde die Anzahl von Patienten mit einer Diagnose einer Substanzabhängigkeit und / oder eines Substandmissbrauchs nach DSM-III-R verstanden. Tabelle 195 zeigt hinsichtlich des Endpunkts Rückfall die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.3 Endpunkt Angstsymptomatik

Tabelle 196: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Angst

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Shadick 2013	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Vogelaar 2014	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 197: Ergebnisse zum Endpunkt Angstsymptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Shadick 2013	STAI	STIF vs. IV	0	38	38,4 [35,5; 41,2]	n. a.	40	36,5 [33,1; 40,0]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	38	37,2 [34,2; 40,1][a]	k. A.	40	35,8 [31,8; 39,8][a]	k. A.	0,12 [−0,32; 0,57]; 0,588[b]	k. A.
			6	38	34,0 [32,0; 36,0][a]	k. A.	40	36,1 [32,5; 39,7][a]	k. A.	−0,22 [−0,67; 0,22]; 0,331[b]	k. A.
			9	38	35,2 [32,1; 38,2]	k. A.	40	36,8 [32,6; 40,9]	k. A.	−0,14 [−0,58; 0,31]; 0,550[b]	−2,2 [−7,2; 2,8]; 0,39
			21	38	36,5 [33,4; 39,6]	k. A.	40	35,4 [31,3; 39,4]	k. A.	0,09 [−0,35; 0,54]; 0,678[b]	−0,3 [−5,0; 4,4]; 0,90
Vogelaar 2014	HADS Anxiety	LFT vs. SB	0	48	7,35 [k. A.]	n. a.	49	7,35 [k. A.]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	48	k. A.	k. A.	49	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
			9	48	5,93 [k. A.]	k. A.	49	5,93 [k. A.]	k. A.	0,00[c] [k. A.]; n. s.[d]	k. A.

a: Werte aus Grafik abgelesen
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
c: eigene Berechnung
d: abgeleitet aus identischen Werten in beiden Studiengruppen
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale [229] (Wertebereich 0–21, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik);
IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SB: Standardbehandlung (Care as Usual);
SD: Standardabweichung; STAI: State Trait Anxiety Inventory [232] (Wertebereich 20–80, höhere Werte indizieren stärker ausgeprägte Symptomatik);
STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Angstsymptomatik wurden der State-Anxiety-Subskalenwerte dea State-trait Inventar (STAI; [232]) (bei Shadick 2013) sowie der Anxiety-Subskalenwert der HADS [229] (bei Vogelaar 2014) verwendet. Tabelle 197 zeigt hinsichtlich des Endpunkts Angstsymptomatik die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3, 6, 9 und 21 Monate. Für keinen der Auswertungszeitpunkte ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass über alle Auswertungszeitpunkte hinweg kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.2.4 Endpunktkategorie Depressivität

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie Depressivität für alle dazugehörigen Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Depressivität in der Gesamtschau aller dazugehörigen Endpunkte.

A3.7.5.2.4.1 Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität

Tabelle 198: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Arvand 2012	hoch	nein[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: keine Angaben zum Patientenfluss und unklare Angaben zu Studienabbrechern
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als unklar bewerteten Angemessenheit der Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 199: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung Depressivität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Arvand 2012	BDI < 16	LFT vs. KB	1,75	11	9 (81,8)	11	4 (36,4)	7,88 [1,10; 56,12]; 0,041[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

BDI: Beck Depression Inventory [197] (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Group Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität wurde die Anzahl von Patienten mit einem BDI < 16 [197] verwendet. Tabelle 199 zeigt hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Depressivität die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 1,75 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zugunsten der systemischen Therapie. Es wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.4.2 Endpunkt depressive Symptomatik

Tabelle 200: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt depressive Symptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Arvand 2012	hoch	nein[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]
Priebe 2001	hoch	unklar[d]	nein[e]	ja	ja	hoch[f]
Shadick 2013	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[g]
Vogelaar 2014	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[g]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: keine Angaben zum Patientenfluss und unklare Angaben zu Studienabbrechern
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als unklar bewerteten Angemessenheit der Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
e: > 5 % Unterschied fehlender Werte zwischen den Behandlungsgruppen
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
g: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 201: Ergebnisse zum Endpunkt depressive Symptomatik

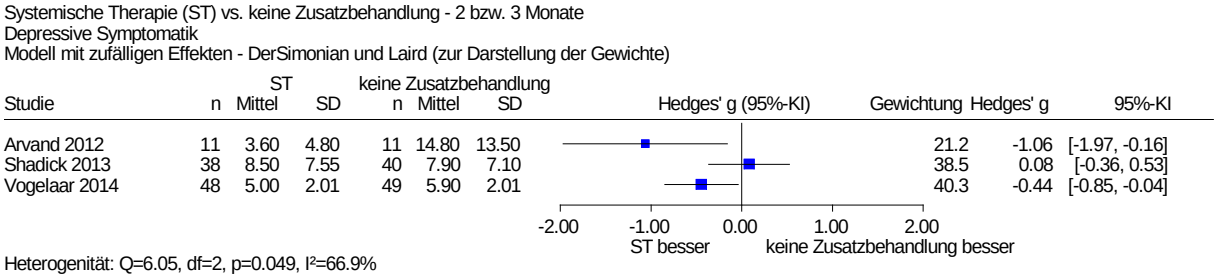
Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Arvand 2012	BDI	LFT vs. KB	0	11	9,4 (9,4) [k. A.]	k. A.	11	14,6 (13,1) [k. A.]	k. A.	k. A.	k. A.
			2	11	3,6 (4,8) [k. A.]	k. A.	11	14,8 (13,5) [k. A.]	k. A.	−1,06 [−1,97; −0,16]; 0,021[a]	k. A.
Priebe 2001	HDRS	PT vs. KB	0	20	5,9 (k. A.) [k. A.]	k. A.	22	4,0 (k. A.) [k. A.]	k. A.	k. A.	k. A.
			9	19	k. A.	−2,7 (k. A.)	21	k. A.	−0,4 (k. A.)	k. A.	n. s.
Shadick 2013	BDI	STIF vs. IV	0	38	10,2 (k. A.) [8,0; 12,5]	k. A.	40	9,2 [6,9; 11,6]	k. A.	k. A.	k. A.
			3	38	8,5 (k. A.) [6,1; 10,9][b]	k. A.	40	7,9 [5,7; 10,1][b]	k. A.	0,08 [−0,36; 0,53]; 0,720[a]	k. A.
			6	38	6,5 (k. A.) [4,2; 8,8][b]	k. A.	40	7,5 [5,0; 10,0][b]	k. A.	−0,13 [−0,57; 0,32]; 0,569[a]	k. A.
			9	38	5,6 (k. A.) [3,7; 7,5]	k. A.	40	8,1 [5,4; 10,9]	k. A.	k. A.	−2,9 [−6,1; 0,2]; 0,07
			21	38	6,9 (k. A.) [4,8; 9,0]	k. A.	40	9,5 [6,7; 12,4]	k. A.	k. A.	−0,59 [−10,04; −0,13]; 0,011[a]
Vogelaar 2014	HADS Depression	LFT vs. SB	0	48	6,1 (k. A.) [k. A.]	k. A.	49	6,1 (k. A.) [k. A.]	k. A.	k. A.	k. A.
			3	48	5,0 (k. A.) [k. A.]	k. A.	49	5,9 (k. A.) [k. A.]	k. A.	k. A. [k. A.]; 0,03	k. A.
			9	48	5,5 (k. A.) [k. A.]	k. A.	49	5,3 (k. A.) [k. A.]	k. A.	k. A. [k. A.]; 0,70	k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 201: Ergebnisse zum Endpunkt depressive Symptomatik (Fortsetzung)

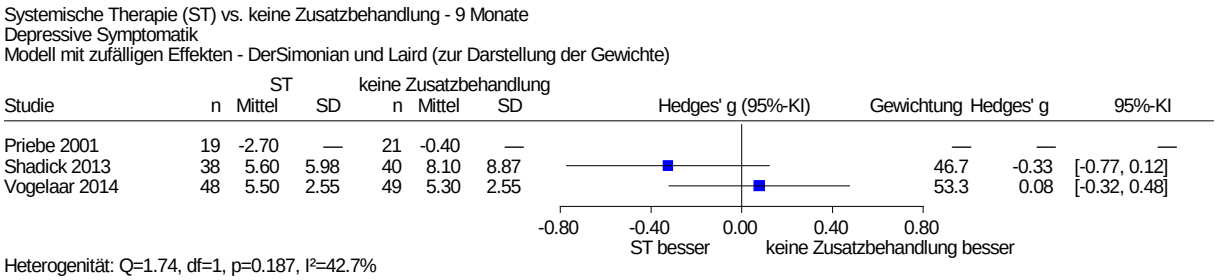
a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
b: Werte aus Grafik abgelesen

BDI: Beck Depression Inventory [197] (Wertebereich 0–63, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale [229] (Wertebereich 0–21, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); HDRS: Hamilton Depression Rating Scale [202] (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Kontrollstudienarm); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n.s.: nicht signifikant; PT: Paartherapie; SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SD: Standardabweichung; STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy); vs.: versus



Die SD wurden aus KI (Shadick 2013) bzw. p-Wert (Vogelaar 2014) berechnet.

Abbildung 59: Metaanalyse zur depressiven Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 3 Monaten



Die SD wurden aus KI (Shadick 2013) bzw. p-Wert (Vogelaar 2014) berechnet.

Abbildung 60: Metaanalyse zur depressiven Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 Monaten

Hinsichtlich der Operationalisierung des Endpunkts Depressivität depressive Symptomatik liegen Ergebnisse aus 4 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 4 Auswertungszeitpunkten vor. Als Operationalisierung wurden der Gesamtscore der HDRS [202], der BDI-Gesamtscore [197] (Shadick 2013) sowie der Depression-Subskalenwert der HADS [229] (Vogelaar 2014) verwendet. Mit den Ergebnissen zu 2 Auswertungszeitpunkten (3 und 9 Monate) wurden Metaanalysen durchgeführt. Für beide Auswertungszeitpunkte (Abbildung 59 und Abbildung 60) zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,049 und p = 0,187), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Es wurde daher für beide Zeitpunkte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Tabelle 201 zeigt die Ergebnisse zu den weiteren Auswertungszeitpunkten (6 und 21 Monate) aus der Studie Shadick 2013. Während sich zu 6 Monaten kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen zeigte, ergab sich zu 21 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher

für die Auswertungszeitpunkt 6 und 21 Monate kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.4.3 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Depressivität

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie Depressivität wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.5 Endpunkt Fatiguesymptomatik

Tabelle 202: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Fatiguesymptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Vogelaar 2014	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 203: Ergebnisse zum Endpunkt Fatiguesymptomatik

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW [95 %-KI]**	**Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]**	**N**	**Werte MW [95 %-KI]**	**Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Vogelaar 2014	CIS Total	LFT vs. SB	0	48	100,7 [k. A.]	n. a.	49	100,7 [k. A.]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	48	83,5 [k. A.]	k. A.	49	93,4 [k. A.]	k. A.	−0,56 [−0,84; −0,27]; 0,001[a]	k. A.
			6	48	81,0 [k. A.]	k. A.	49	88,6 [k. A.]	k. A.	−0,43 [−0,76; −0,10]; 0,010[a]	k. A.
			9	48	82,1 [k. A.]	k. A.	49	84,4 [k. A.]	k. A.	−0,13 [k. A.]; 0,531	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz, eigene Berechnung der 95 %-KI basierend auf Effektschätzer und p-Wert

CIS: Checklist Individual Strength [228] (Wertebereich 20–140, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Fatiguesymptomatik wurde der CIS-Gesamtscore [228] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Fatiguesymptomatik liegen Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 3 Auswertungszeitpunkten vor (Tabelle 203). Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher für die Auswertungszeitpunkte 6 Monate kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 9 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher zu 9 Monaten kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt.

A3.7.5.2.6 Endpunkt Krankheitssymptomatik

Tabelle 204: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Krankheitssymptomatik

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Shadick 2013	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 205: Ergebnisse zum Endpunkt Krankheitssymptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD) [95 %-KI]	N	Werte MW [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Shadick 2013	DAS-CRP4-Score	STIF vs. IV	0	38	3,8 [3,4; 4,3]	n. a.	40	3,0 [2,6; 3,4]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	38	2,5 [2,2; 2,8][a]	k. A.	40	2,8 [2,4; 3,2][a]	k. A.	−0,26 [−0,71; 0,18][b]; 0,250	k. A.
			6	38	2,7 [2,3; 3,1][a]	k. A.	40	2,9 [2,5; 3,3][a]	k. A.	−0,16 [−0,60; 0,29][b]; 0,494	k. A.
			9	38	2,7 [2,1; 3,3]	k. A.	40	3,1 [2,6; 3,6]	k. A.	−0,23 [−0,67; 0,22][b]; 0,320	−1,6[c] [−2,5; −0,6]; 0,10
			21	38	3,0 [2,4; 3,7]	k. A.	40	3,0 [2,4; 3,5]	k. A.	0,00 [−0,44; 0,44][b]; > 0,999	−1,1[c] [−1,9; −0,3]; 0,17

a: Werte aus Grafik abgelesen
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
c: adjustiert für Baselinewert

DAS-CRP4: Disease Activity Score 28-C-reactive Protein 4 (Wertebereich 0–9,4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik);
IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Krankheitssymptomatik wurde DAS-CRP4-Score verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts Krankheitssymptomatik liegen Ergebnisse aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 4 Auswertungszeitpunkten (3, 6, 9 und 21 Monate) vor (Tabelle 205). Für keinen der Auswertungszeitpunkte ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass über alle Auswertungszeitpunkte hinweg kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.2.7 Endpunkt Schmerzsymptomatik

Tabelle 206: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schmerzsymptomatik

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Saarijärvi 1991	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]
Shadick 2013	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[d]

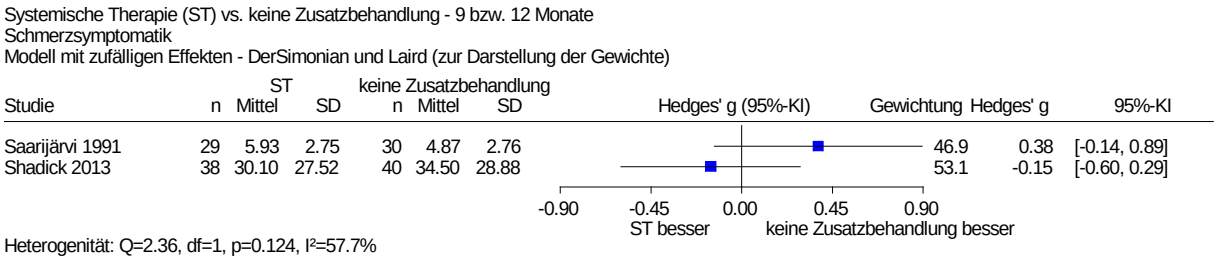
a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 207: Ergebnisse zum Endpunkt Schmerzsymptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Saarijärvi 1991	SNQ-PI	PT vs. KB	0	29	6,79 (2,64) [k. A.]	n. a.	30	5,13 (2,96) [k. A.]	n. a.	k. A.	n. a.
			12	29	5,93 (2,75) [k. A.]	k. A.	30	4,87 (2,76) [k. A.]	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.
Shadick 2013	VAS	STIF vs. IV	0	38	43,2 (k. A.) [34,1; 52,2]	n. a.	40	31,7 (k. A.) [23,0; 40,4]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	38	34 (k. A.) [25; 43][a]	k. A.	40	30 (k. A.) [20; 40][a]	k. A.	0,13 [−0,31; 0,57]; 0,566[b]	k. A.
			6	38	31 (k. A.) [22; 40][a]	k. A.	40	39 (k. A.) [28; 50][a]	k. A.	−0,25 [−0,69; 0,20]; 0,279[b]	k. A.
			9	38	30,1 (k. A.) [21,4; 38,9]	k. A.	40	34,5 (k. A.) [25,6; 43,5]	k. A.	k. A.	−14,9 [−29,1; −0,7]; 0,04[c]
			21	38	35,9 (k. A.) [26,0; 45,8]	k. A.	40	29,7 (k. A.) [20,1; 39,3]	k. A.	k. A.	−9,8 [−23,5; 3,8]; 0,15

a: Werte aus Grafik abgelesen
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g) für angegebenen Wert (Wert [95 %-KI]; p-Wert): −0,46 [−0,91; −0,01]; 0,045

IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; SNQ-PI: Standardized Nordic Questionnaire Pain Index [231] (Wertebereich 0–9, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy); VAS: visuelle Analogskala (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); vs.: versus



Die SD bei Shadick 2013 wurde aus KI berechnet.

Abbildung 61: Metaanalyse zur Schmerzsymptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 12 Monaten

Hinsichtlich des Endpunkts Schmerzsymptomatik liegen Ergebnisse aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 4 Auswertungszeitpunkten (3, 6, 9 bzw. 12 und 21 Monate) vor (Tabelle 207). Als Operationalisierung wurden der Pain-Index der SNQ [231] (Saarijärvi 1991) sowie eine visuelle Analogskala (Shadick 2013) verwendet. Für die Auswertungszeitpunkte 3, 6 und 21 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer anderen psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wird.

Für den Auswertungszeitpunkt 9 bzw. 12 Monate wurde eine Metaanalyse durchgeführt (Abbildung 61). Es zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,124), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Es wurde daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.2.8 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 208: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Saarijärvi 1991	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]
Szapocznik 2004	hoch	nein[a]	nein[d]	ja	ja	hoch[c]

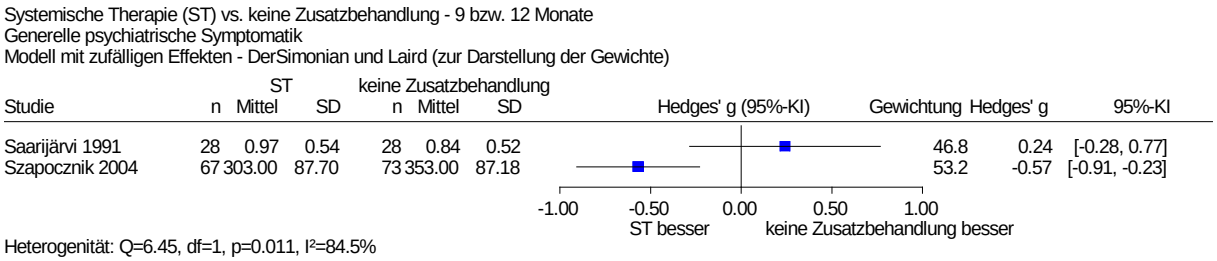
a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: ca. 39 % fehlende Patienten zum Zeitpunkt 18 Monate
ITT: Intention to treat

Tabelle 209: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD) [95 %-KI]	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Saarijärvi 1991	BSI	PT vs. KB	0	28	0,98 (0,54) [k. A.]	n. a.	28	0,71 (0,48) [k. A.]	n. a.	k. A.	n. a.
			12	28	0,97 (0,54) [k. A.]	k. A.	28	0,84 (0,52) [k. A.]	k. A.	0,24 [−0,28; 0,77]; 0,367[a]	k. A.
			60	28	0,88 (0,55) [k. A.]	k. A.	28	0,94 (0,53) [k. A.]	k. A.	−0,11 [−0,63; 0,41]; 0,682[a]	k. A.
Szapocznik 2004	BSI-GSI	ÖFT vs. LRV	0	67	k. A.	n. a.	73	k. A.	n. a.	k. A.	n. a.
			3	67	368 (k. A.) [346; 390][b, c]	k. A.	73	410 (k. A.) [390; 430][b, c]	k. A.	−0,47 [−0,81; −0,13]; 0,007[a]	k. A.
			6	67	346 (k. A.) [326; 366][b, c]	k. A.	73	354 (k. A.) [334; 374][b, c]	k. A.	−0,09 [−0,43; 0,24]; 0,582[a]	k. A.
			9	67	303 (k. A.) [282; 324][b, c]	k. A.	73	353 (k. A.) [333; 373][b, c]	k. A.	−0,58 [−0,92; −0,23]; < 0,001[a]	k. A.
			18	67	305 (k. A.) [282; 328][b, c]	k. A.	73	367 (k. A.) [340; 394][b, c]	k. A.	−0,58 [−0,93; −0,24]; < 0,001[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
b: rangtransformierte Werte [241,242]
c: Werte aus Grafik abgelesen

BSI: Brief Symptom Inventory [226] (Wertebereich 0–4, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); BSI-GSI: Brief Symptom Inventory Global Severity Index [227] (Wertebereich 0–4, bei Szapocznik 2004 jedoch rangtransformierte Werte, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; LRV: lokale Routineversorgung (Community Control); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; ÖFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; vs.: versus



Die SD bei Szapocznik 2004 wurde aus KI berechnet.

Abbildung 62: Metaanalyse zur generellen psychiatrischen Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 12 Monaten

Hinsichtlich des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik lagen aus 2 Studien Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 5 Auswertungszeitpunkten (3, 6, 9 bzw. 12, 18 und 60 Monate) vor (Tabelle 209). Als Operationalisierung des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik wurde der BSI-GSI-Skalenwert [227] (Szapocznik 2004) bzw. der Mittelwert über 6 Subskalenwerte des BSI [226] (Saarijärvi 1991) verwendet.

Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

Für den Auswertungszeitpunkt 9 bzw. 12 Monate wurde eine Metaanalyse durchgeführt (Abbildung 62). Es zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,011), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Es wurde daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 18 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Es wird daher für den Auswertungszeitpunkt 18 Monate ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 60 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Tabelle 210: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Vogelaar 2014	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Tabelle 211: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW [95 %-KI]**	**Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]**	**N**	**Werte MW [95 %-KI]**	**Änderung zu Baseline MW [95 %-KI]**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Vogelaar 2014	IBDQ:Total Score	LFT vs. SB	0	48	165,5 [k. A.]	n. a.	49	165,5 [k. A.]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	48	173,3 [k. A.]	k. A.	49	166,7 [k. A.]	k. A.	0,29 [0,05; 0,53]; 0,020[a]	k. A.
			6	48	174,6 [k. A.]	k. A.	49	171,0 [k. A.]	k. A.	0,15 [k. A.]; 0,240[a]	k. A.
			9	48	174,2 [k. A.]	k. A.	49	176,1 [k. A.]	k. A.	−0,08 [k. A.]; 0,635[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

IBDQ: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire [234,235] (Wertebereich 32–224, höhere Werte indizieren eine höhere Lebensqualität); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SB: Standardbehandlung (Care as Usual); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde der Gesamtscore des IBDQ [234,235] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts gesundheitsbezogene Lebensqualität liegen Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 3 Auswertungszeitpunkten vor (Tabelle 211). Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zu den Auswertungszeitpunkten 6 und 9 Monate zeigte sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.7.5.4.1 Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Tabelle 212: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Arbeitsfähigkeit

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Cockburn 1997	hoch	unklar[a]	unklar[b]	ja	ja	hoch[c]
Saarijärvi 1991	hoch	unklar[a]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: keine Angaben zum Patientenfluss in der Studienpublikation
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als unklar bewerteten Angemessenheit der Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der unklaren Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 213: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit 1

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Cockburn 1997	Wiederaufnahme der Arbeit[a]	LFT vs. KB	2	25	23 (92)	23	18 (78)	3,19 [0,55; 18,42]; 0,219[b]

a: Zusammenfassung der in der Studienpublikation für 3 Kategorien getrennt berichteten Werte (Wiederaufnahme der Arbeit innerhalb von 7 Tagen, innerhalb des Zeitfensters von 7 bis 30 Tagen sowie innerhalb des Zeitfensters von mehr als 30 Tagen); nicht mitgezählt wurden die Werte der Kategorien Teilnahme an berufsvorbereitender Schulung (in Publikation: „Revocation“) und keine Wiederaufnahme der Arbeit.
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; vs.: versus

Tabelle 214: Ergebnisse zum Endpunkt Arbeitsfähigkeit 2

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert[a]	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Saarijärvi 1991	AU-Tage	PT vs. KB	0	29	24,3 (35,8)	n. a.	30	16,1 (31,8)	n. a.	k. A.	n. a.
			12	29	20,3 (26,2)	k. A.	30	19,3 (49,8)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.

AU: Arbeitsunfähigkeit; KB: keine Behandlung (Control Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Arbeitsfähigkeit wurde die Anzahl der Patienten, die nach Behandlungsende ihre Arbeit wieder aufnahmen (Cockburn 1997) bzw. die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen (Saarijärvi 1991) verstanden.

Hinsichtlich des Endpunkts Arbeitsfähigkeit liegen Ergebnisse aus 2 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 2 Auswertungszeitpunkten vor (Tabelle 213 und Tabelle 214). Zu beiden Auswertungszeitpunkten zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4.2 Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand

Tabelle 215: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Priebe 2001	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]
Rakowska 2015	hoch	nein[a]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Shadick 2013	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[f]
Vogelaar 2014	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[f]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: > 5 % Unterschied fehlender Werte zwischen den Behandlungsgruppen
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: > 15 % fehlende Werte mit LOCF ersetzt
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene und der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat; LOCF: Last Observation Carried Forward

Tabelle 216: Ergebnisse zum Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Priebe 2001	VAS	PT vs. KB	0	20	60,6 (k. A.)	n. a.	22	63,7 (k. A.)	n. a.	k. A.	n. a.
			9	19	k. A.	−9,4 (k. A.)	21	k. A.	8,8 (k. A.)	k. A.	k. A.; [k. A.] < 0,05
Rakowska 2015	SF-36: Physical Function Score	SKT vs. KB	0	41	58,95 (2,13)	n. a.	40	59,32 (1,97)	n. a.	k. A.	n. a.
			2,5	41	63,72 (4,90)	k. A.	40	61,91 (4,91)	k. A.	0,37 [−0,07; 0,80]; 0,103[a]	k. A.
			14,5	41	63,95 (5,13)	k. A.	40	61,75 (4,77)	k. A.	0,44 [0,00; 0,88]; 0,051[a]	k. A.
			32,5	41	64,25 (5,14)	k. A.	40	61,71 (4,81)	k. A.	0,51 [0,06; 0,95]; 0,025[a]	k. A.
Shadick 2013	SF-12: Physical Function Score	STIF vs. IV	0	38	51,9 (k. A.) [41,5; 62,4][b]	n. a.	40	64,1 (k. A.) [53,6; 74,6][b]	n. a.	k. A.	n. a.
			3	38	55 (k. A.) [44; 66][c]	k. A.	40	54 (k. A.) [43; 65][c]	k. A.	k. A.	k. A.
			6	38	53 (k. A.) [42; 64][c]	k. A.	40	59 (k. A.) [48; 70][c]	k. A.	k. A.	k. A.
			9	38	57,9 (k. A.) [46,3; 69,4][b]	k. A.	40	52,9 (k. A.) [40,6; 65,2][b]	k. A.	k. A.	14,6 [2,4; 26,8]; 0,02
			21	38	54,4 (k. A.) [42,2; 66,6][b]	k. A.	40	56,6 (k. A.) [44,0; 69,2][b]	k. A.	−0,06 [−0,50; 0,39]; 0,808[a]	7,4 [−3,9; 18,6]; 0,20

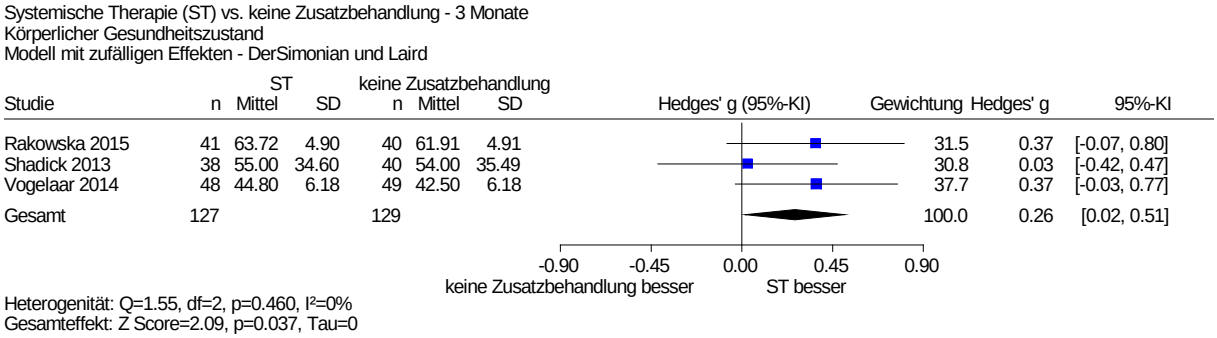
(Fortsetzung)

Tabelle 216: Ergebnisse zum Endpunkt körperlicher Gesundheitszustand (Fortsetzung)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Vogelaar 2014	SF-36: Physical Function Score	LFT vs. SB	0	48	39,1 (k. A.)	n. a.	49	39,1 (k. A.)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	48	44,8 (k. A.)	k. A.	49	42,5 (k. A.)	k. A.	0,29 [k. A.]; 0,070	k. A.
			6	48	45,9 (k. A.)	k. A.	49	44,7 (k. A.)	k. A.	0,15 [k. A.]; 0,351	k. A.
			9	48	45,7 (k. A.)	k. A.	49	46,6 (k. A.)	k. A.	−0,10 [k. A.]; 0,605	k. A.

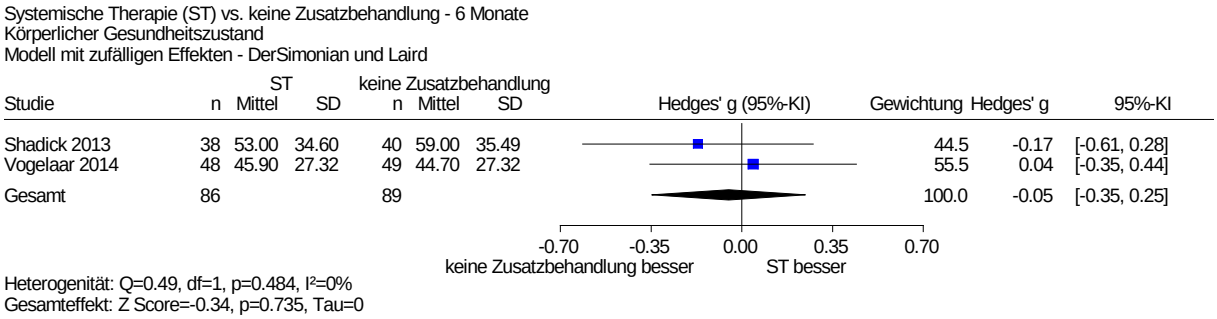
a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
b: 95 %-KI
c: 95 %-KI Werte aus Grafik abgelesen

IV: Informationsvermittlung (Rheumatoid Arthritis Education Group); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PT: Paartherapie; SB: Standardbehandlung (Care as Usual); SD: Standardabweichung; SF-12: Short Form 12 [236] (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren einen besseren körperlichen Gesundheitszustand); SF-36: Short Form 36 [237-239] (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren einen besseren körperlichen Gesundheitszustand); SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy); STIF: systemische Therapie mit der inneren Familie (Internal Family Systems Therapy); VAS: visuelle Analogskala [240] (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand); vs.: versus



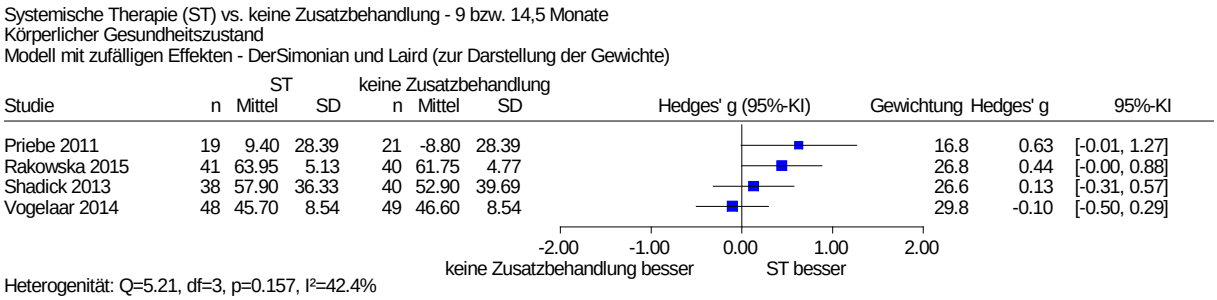
Die SD wurden aus KI (Shadick 2013) bzw. p-Wert (Vogelaar 2014) berechnet.

Abbildung 63: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Monaten



Die SD wurden aus KI bzw. p-Wert berechnet.

Abbildung 64: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung (PT) zu 6 Monaten



Um eine einheitliche Effektrichtung der unterschiedlichen Skalen zu gewährleisten, wurden die Mittelwerte des VAS (Priebe 2011) mit −1 multipliziert. Die SD bei Priebe 2011 wurden aus dem p-Wert p = 0,05 (Angabe in Publikation: < 0,05) berechnet.

Abbildung 65: Metaanalyse zum körperlichen Gesundheitszustand, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 9 bzw. 14,5 Monaten

Hinsichtlich des Endpunkts körperlicher Gesundheitszustand liegen Ergebnisse aus 4 Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 5 Auswertungszeitpunkten (3, 6, 9 bzw. 14,5, 21 und 32,5 Monate) vor (Tabelle 216). Als Operationalisierung des Endpunkts körperlicher

Gesundheitszustand wurde eine visuelle Analogskala (VAS) [240] (Priebe 2001) sowie der Physical Function Score der SF-12 [236] (Shadick 2013) bzw. der SF-36 [237-239] (Rakowska 2015 und Vogelaar 2014) verwendet.

Mit den Ergebnissen zu 3 Auswertungszeitpunkten (3, 6 und 9 bzw. 14,5 Monate) wurden Metaanalysen durchgeführt. Für die Auswertungszeitpunkte 3 und 6 Monate (Abbildung 63 und Abbildung 64) zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,460 und p = 0,484). Zum Auswertungszeitpunkt 3 Monate zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Zu 3 Monaten wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung festgestellt.

Zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit keiner Zusatzbehandlung festgestellt wird.

Zum Auswertungszeitpunkt 9 bzw. 14,5 Monate zeigte sich Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,157) (Abbildung 65), sodass kein gemeinsamer Schätzer berechnet wurde. Es lagen zudem keine gleichgerichteten Effekte vor. Es wurde daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Für die Auswertungszeitpunkte 21 und 32,5 Monate zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4.3 Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau für alle dazugehörigen Endpunkte beschrieben. Anschließend erfolgt die zusammenfassende Nutzenaussage für die Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau in der Gesamtschau aller dazugehörigen Endpunkte.

A3.7.5.4.3.1 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)

Tabelle 217: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Saarijärvi 1991	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 218: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten)

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Saarijärvi 1991	ADL	PT vs. KB	0	29	3,97 (2,06)	n. a.	30	3,50 (2,06)	n. a.	k. A.	n. a.
			12	29	4,10 (2,01)	k. A.	30	3,83 (2,00)	k. A.	k. A; [k. A.]; n. s.	k. A.

ADL: Activities of daily Living, reduzierte Version [233] (Wertebereich 0–12, höhere Werte indizieren ein schlechteres körperliches Funktionsniveau); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) wurde die ADL-Skala [233] verwendet. Tabelle 218 zeigt hinsichtlich des Endpunkts körperliches Funktionsniveau (Alltagsaktivitäten) die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4.3.2 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)

Tabelle 219: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Saarijärvi 1991	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 220: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz)

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Saarijärvi 1991	SNQ-II	PT vs. KB	0	29	7,55 (2,57)	n. a.	30	5,63 (3,05)	n. a.	k. A.	n. a.
			12	29	6,62 (2,77)	k. A.	30	5,27 (2,97)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.

k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; SNQ-II: Standardized Nordic Questionnaire Impairment Index [231] (Wertebereich 0–9, höhere Werte indizieren ein schlechteres körperliches Funktionsniveau); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) wurde der Impairment Index des SNQ [231] verwendet. Tabelle 220 zeigt hinsichtlich des Endpunkts körperliches Funktionsniveau (Einschränkung durch Schmerz) die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4.3.3 Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)

Tabelle 221: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Saarijärvi 1991	hoch	ja	nein[a]	ja	ja	hoch[b]

a: 12 % der Werte in der Prüfinterventionsgruppe nicht berücksichtigt
b: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Tabelle 222: Ergebnisse zum Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen)

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Saarijärvi 1991	ärztl. U	PT vs. KB	0	29	0,80 (0,32)	n. a.	30	0,73 (0,26)	n. a.	k. A.	n. a.
			12	29	0,59 (0,29)	k. A.	30	0,55 (0,24)	k. A.	k. A. [k. A.]; n. s.	k. A.

ärztl. U: ärztliche Untersuchung (Wertebereich 0–3, höhere Werte indizieren ein schlechteres körperliches Funktionsniveau); k. A.: keine Angaben; KB: keine Behandlung (Control Group); KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; n. s.: nicht signifikant; PT: Paartherapie (Couple Therapy); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Der Endpunkt körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) wurde im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung von 12 Körperfunktionen erhoben. Tabelle 222 hinsichtlich des Endpunkts körperliches Funktionsniveau (Gliedmaßen) die Ergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate. Auf Basis einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen, sodass kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt wird.

A3.7.5.4.3.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie körperliches Funktionsniveau wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.4.4 Endpunkt psychischer Gesundheitszustand

Tabelle 223: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt psychischer Gesundheitszustand

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Rakowska 2015	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: > 15 % mit LOCF ersetzt
c: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat; LOCF: Last Observation Carried Forward

Tabelle 224: Ergebnisse zum Endpunkt psychischer Gesundheitszustand

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Rakowska 2015	SF-36: Mental Function Score	SKT vs. KB	0	41	53,30 (2,32)	n. a.	40	53,49 (2,22)	n. a.	k. A.	n. a.
			2,5	41	58,99 (5,83)	k. A.	40	53,21 (2,29)	k. A.	1,29 [0,81; 1,77]; < 0,001[a]	k. A.
			14,5	41	58,95 (5,90)	k. A.	40	53,19 (2,31)	k. A.	1,27 [0,79; 1,75]; < 0,001[a]	k. A.
			32,5	41	58,94 (5,91)	k. A.	40	53,01 (2,21)	k. A.	1,31 [0,83; 1,79]; < 0,001[a]	k. A.

a: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

KB: keine Behandlung (Usual Care); KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar;
SD: Standardabweichung; SF-36: Short Form 36 [237-239] (Wertebereich 0–100, höhere Werte indizieren einen besseren psychischen Gesundheitszustand);
SKT: strategische Kurzzeittherapie (Brief strategic Therapy,); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts psychischer Gesundheitszustand wurde der Mental Function Score der SF-36 [237-239] verwendet. Hinsichtlich des Endpunkts psychischer Gesundheitszustand liegen Ergebnisse aus einer Studie mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit zu 3 Auswertungszeitpunkten (2,5, 14,5 und 32,5 Monate) vor (Tabelle 224). Für alle Auswertungszeitpunkte zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbewertung wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g herangezogen. Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt zu allen Auswertungszeitpunkten oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Über alle Auswertungszeitpunkte hinweg wird daher ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.7.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.8 Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen

A3.8.1 Studiendesign und Studienpopulation

In den folgenden Tabellen wird die im Störungsbereich Persönlichkeitsstörung eingeschlossene RCT Knekt 2004 hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in der Studie angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der untersuchten Population sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 225: Charakterisierung der eingeschlossenen RCT im Störungsbereich Persönlichkeitsstörung

Studie	Interventionen[a]	Zahl der randomisierten Patienten[a]	Behandelte Störungen[a]	Ort / Zeitraum der Durchführung[a]	Auswertungszeitpunkte[a]	Zielkriterien[a, b]
Knekt 2004	▪ lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT) ▪ psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT)[c]	43[d]	Persönlichkeitsstörung[d]	Finnland / 06/1994–06/2000	Baseline, 7 Monate, 1 Jahr	**Primär:** Angstsymptomatik[d] Depressivität[d] **Sekundär:** Vollremission Persönlichkeitsstörung

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: Darüber hinaus gab es einen dritten Studienarm „psychodynamische Langzeittherapie“. Es werden aber in den Studienpublikationen keine patientenrelevanten Endpunkte berichtet, sodass dieser Studienarm in der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt wird. Der an dieser Stelle nicht aufgeführte vierte Studienarm „Psychoanalyse“ wird ebenfalls in der Nutzenbewertung nicht berücksichtigt, da diesem Studienarm die Patienten nicht per Randomisierung zugeteilt wurden.
d: In der Nutzenbewertung werden nur die Daten für die Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörung hinsichtlich des Endpunkts Vollremission Persönlichkeitsstörung berücksichtigt. Die Daten für die gesamte (randomisierte) Studienpopulation (so wurden auch Patienten mit affektiven Störungen und Angststörungen rekrutiert) bzw. die übrigen Endpunkte (u. a. Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau) werden in der Nutzenbewertung des Störungsbereichs depressive Störungen berücksichtigt, da die berichteten Ergebnisse dieser Endpunkte sich auf die gesamte Studienpopulation bezieht, bei der min. 80 % der Patienten eine affektive Störung besitzt (siehe Abschnitt A3.4).
k. A.: keine Angaben; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy)

Tabelle 226: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in der Studie

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Knekt 2004	▪ Angst- oder affektive[a] Störung nach DSM-IV ▪ Neurose oder höhergradige Borderline-Persönlichkeitsstörung („higher-level borderline disorder“) gemäß Interview nach Kernberg [184] ▪ mindestens seit 1 Jahr Störung mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ▪ Alter 20–45 Jahre	▪ psychotische Störung nach DSM-IV ▪ schwere Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (Cluster-A-Persönlichkeitsstörung) ▪ Bipolar-I-Störung ▪ Anpassungsstörung nach DSM-IV ▪ Substanzmissbrauch nach DSM-IV ▪ organisches Psychosyndrom nach DSM-IV oder andere schwere organische Störung ▪ geistige Behinderung nach DSM-IV ▪ geringgradige Borderline-Persönlichkeits-Organisation („lower-level borderline personality organization“) ▪ Psychotherapie innerhalb der letzten 2 Jahre vor Studienbeginn	▪ k. A.

a: Während in der ersten Ergebnispublikation von 2004 sowie in einzelnen weiteren Publikationen von Angst- und depressiven Störungen die Rede ist, wird in der überwiegenden Mehrheit der späteren Ergebnispublikationen von Angst- und affektiven Störungen („mood disorders“) gesprochen. Auch da Personen mit einer Bipolar-II-Störung eingeschlossen wurden (Anteil an Gesamtpopulation 3,3 %), wird angenommen, dass das Bestehen einer Angst- und affektiven Störung Einschlusskriterium war.

DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; k. A.: keine Angaben

Tabelle 227: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Knekt 2004									
LFT[c]	18	Persönlichkeits-störung[d]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
PDKT[c]	25	Persönlichkeits-störung[d]	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben.
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: In den Studienpublikationen sind keine näheren Angaben zu den Charakteristika der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung dargestellt. Eine Darstellung der gesamten Studienpopulation erfolgt in Tabelle 70 der Nutzenbewertung depressive Störungen.
d: Die Studie beinhaltet Patienten mit Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten), Clusters C (zwanghaft, ängstliches oder furchtsames Verhalten) sowie nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen, die nicht die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung erfüllen.

k. A.: keine Angaben; MW: Mittelwert; m: männlich; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); SD: Standardabweichung; w: weiblich

Tabelle 228: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Knekt 2004				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie; orientiert an de Shazer et al. [15,22] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Wunder- und Skalierungsfragen, Erörterung von Ausnahmen, Einwegspiegel, Konsultierungspausen, positives Feedback und Hausaufgaben ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungsmanual verwendet ▪ Manualtreue erhoben ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien hinsichtlich a) struktureller Merkmale (u. a. Wartezeit zw. Baselineerhebung und 1. Therapie-sitzung, Häufigkeit und Zahl der Sitzungen, Therapiedauer), b) der vom Patienten und Therapeuten einge-schätzten therapeutischen Allianz und c) der Qualität der Kooperation und Passung zw. Therapeut und Patient und des Gefühls, vom Therapeuten verstanden zu werden	▪ maximal 12 (durchschnittlich 10, SD: 3,3[a]) Sitzungen ▪ variabel (Sitzungen i. d. R. im Abstand von 2–3 Wochen) ▪ 60–90 Minuten pro Sitzung ▪ maximal 8 (durchschnittlich 7,5, SD: 3,0[a]) Monate	▪ 6 Therapeuten ▪ u. a. Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter ▪ Ausbildung in LFT ▪ Erfahrung in LFT 3–15 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 155 Patienten zuvor mit LFT therapiert ▪ keine Ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie
Kontroll-studienarm	**Psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy, PDKT)** ▪ **Ausrichtung:** psychodynamisch; orientiert an Malan [16] und Sifneos [17,18] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Konfrontation, Klärung, Interpretation ▪ **Setting:** ambulant[b] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ kein Behandlungsmanual verwendet ▪ Qualitätsprüfung der durchgeführten Therapien wie im systemischen Studienarm	▪ 20 (durchschnittlich 19, SD: 3,4[a]) Sitzungen ▪ Sitzungen wöchentlich ▪ 45 Minuten pro Sitzung ▪ 5–6 (durchschnittlich 5,7, SD: 1,3[a]) Monate	▪ 12 Therapeuten ▪ vorwiegend Psychologen ▪ Ausbildung in psycho-analytischer Psycho-therapie (3–6 Jahre) ▪ zusätzliche Ausbildung in PDKT (1–2 Jahre) ▪ Erfahrung in PDLT 10–21 (im Mittel 16) Jahre, in PDKT 2–20 (im Mittel 9, SD: 4,8) Jahre ▪ durchschnittlich 14 Patienten zuvor mit PDKT therapiert ▪ keine Erfahrung mit LFT

(Fortsetzung)

Tabelle 228: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

a: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
b: abgeleitet aus Angaben zur Patientenrekrutierung

k. A.: keine Angaben; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PDLT: psychodynamische Langzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie [1];
SD: Standardabweichung

A3.8.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle 229 werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus der eingeschlossenen Studie vorliegen.

Tabelle 229: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**
	Morbidität
	Vollremission Persönlichkeitsstörung
Knekt 2004	Anteil Patienten ohne Diagnose Persönlichkeitsstörung (Semistrukturiertes Interview nach DSM-IV)
DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage	

A3.8.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 230 dargestellt.

Tabelle 230: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	**Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz**	**Verdeckung der Gruppenzuteilung**	**Verblindung**		**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Keine sonstigen Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**
			Patient	**Behandelnde Personen**			
Knekt 2004	ja	ja	nein[a]	nein[b]	ja	ja	niedrig

a: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
b: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.

A3.8.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Knekt 2004).

A3.8.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.8.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.8.4.2.1 Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung

Tabelle 231 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 231: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Knekt 2004	niedrig	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Interviewer waren nicht verblindet.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Vollremission Persönlichkeitsstörung

Tabelle 232 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung für alle Auswertungszeitpunkte.

Tabelle 232: Ergebnisse zum Endpunkt Vollremission Persönlichkeitsstörung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeit-punkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Knekt 2004	Anteil Patienten ohne Diagnose Persönlich-keitsstörung	LFT vs. PDKT	7	18[a]	4 (20)	25[a]	5 (20)	1,14 [0,26; 5,03]; 0,913[b]
			12	18[a]	4 (21)	25[a]	12 (48)	0,31 [0,08; 1,21]; 0,097[b]

a: Da dieser Endpunkt nur bei der Subpopulation der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung zu Baseline definiert ist, wurde die Zahl randomisierter Patienten mit dem Anteil von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung innerhalb des jeweiligen Studienarms multipliziert (LFT: 18,6 %; PDKT; 24,8 %).
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (Solution-focused Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; PDKT: psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-term psychodynamic Psychotherapy); vs.: versus

Der Anteil Patienten ohne Diagnose Persönlichkeitsstörung erfasst mittels eines semi-strukturierten Interviews nach DSM-IV wird als Operationalisierung des Endpunkts Vollremission Persönlichkeitsstörung verstanden. Für diesen Endpunkt lagen aus einer Studie Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit zu den Auswertungszeitpunkten 7 Monate und 1 Jahr vor. Zu beiden Auswertungszeitpunkten zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher hinsichtlich des Endpunkts Vollremission Persönlichkeitsstörung kein Anhaltspunkt für einen Effekt der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.8.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.8.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.8.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.9 Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

A3.9.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in den Studien angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 233: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Cao 2007	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	100	Schizophrenie	China / 01/2004–06/2006[c]	Baseline, 2 Jahre	**Primär:** k. A. **Sekundär:** gesundheitsbezogene Lebensqualität Schizophreniesymptomatik
Priebe 2015	▪ lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+, LFT) ▪ Kontrollstudienarm (Control Condition, KG)	188	Schizophrenie bzw. schizoaffektive Störungen	Vereinigtes Königreich / k. A.[d]	Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 1 Jahr	**Primär:** gesundheitsbezogene Lebensqualität **Sekundär**: Schizophreniesymptomatik soziales Funktionsniveau
Zhang 2006	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	150	Schizophrenie	China / 11/2003–06/2006[c]	Baseline, 2 Jahre, 2,5 Jahre	**Primär:** k. A. **Sekundär:** allgemeines Funktionsniveau Schizophreniesymptomatik
Zhou 2003	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	60	Schizophrenie	China / k. A.	Baseline, 3 Monate[e]	**Primär:** k. A. **Sekundär:** generelle psychiatrische Symptomatik
Miller 2004	▪ systemische Familientherapie (Problem Centered Systems Therapy of the Family, SFT) ▪ psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy, Edu-FT) ▪ keine Zusatzbehandlung (KZB)	92	Bipolare Störung	USA / k. A.	Baseline, monatlich bis 28 Monaten	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

(Fortsetzung)

Tabelle 233: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen (Fortsetzung)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: eigene Berechnung
d: Die Rekrutierung fand in dem Zeitraum von Oktober 2012 bis September 2013 statt.
e: Die Angaben hierzu sind in der vorliegenden Übersetzung nicht ganz eindeutig, lassen jedoch am ehesten darauf schließen, dass die Auswertung nach Ende der 3-monatigen Behandlung erfolgte.

Edu-FT: psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy); k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KZB: keine Zusatzbehandlung; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy)

Tabelle 234: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Cao 2007	▪ Schizophrenie nach ICD-10 und CCMD-3 ▪ Alter 18–60 Jahre	▪ körperliche Erkrankungen ▪ Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch ▪ Schwangere oder stillende Frauen	▪ ehemals stationär behandelte Patienten
Priebe 2015	▪ Diagnose einer Schizophrenie oder verwandten Störung (F20–29) ▪ Alter 18–65 Jahre ▪ MANSA < 5 ▪ Behandlung in einem „community mental health care“-Team für mindestens 1 Monat	▪ Lernschwierigkeiten	▪ k. A.
Zhang 2006	▪ Schizophrenie nach CCMD-3 ▪ PANSS ≥ 70 ▪ Alter 16–60 Jahre ▪ Zusammenleben mit einer Pflegeperson	▪ körperliche Erkrankungen	▪ hospitalisierte Patienten
Zhou 2003	▪ stationär behandelt im Studienkrankenhaus ▪ Schizophrenie nach CCMD-II-R ▪ BPRS ≥ 30 ▪ Alter 16–60 Jahre ▪ Bereitschaft zur Kooperation mit einem Therapeuten	▪ ernsthafte körperliche Erkrankung ▪ ernsthafte Verhaltensstörungen, manische Disposition, Katalepsie	▪ k. A.
Miller 2004	▪ Episode einer bipolaren Störung I (Manie, Major Depression oder gemischt) nach DSM-III-R, Diagnosestellung mittels SCID ▪ Alter 18–65 Jahre ▪ in Lebensgemeinschaft oder regelmäßigem Kontakt mit einem Familienmitglied oder bedeutenden anderen	▪ Alkohol oder Drogenabhängigkeit (nach DSM-III-R) innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme in die Studie	▪ k. A.

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; CCMD-II-R: Chinese Classification of Mental Disorders, Second Edition, Revised; CCMD-3: Chinese Classification of Mental Disorders 3rd Edition; DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 3. Auflage, Revision; ICD-10: International Classification of Diseases – Revision 10; k. A.: keine Angaben; MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; SCID: Strukturiertes klinisches Interview für DSM

Tabelle 235: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Cao 2007									
SFT	50	Schizophrenie	31,1 (6,4)[c]	40 / 60[c]	448 (182)[e]	k. A.	k. A.	2 (4)	2 (4)
KZB	50	Schizophrenie	29,8 (7,6)[d]	40 / 60[d]	456 (187)[e]	k. A.	k. A.	5 (10)	5 (10)
Priebe 2015									
LFT	94	Schizophrenie	41,5 (10,7)	30 / 70	2,0 (1–4)[f]	k. A.	k. A.	k. A.[g]	33 (35,1)
KG	85	Schizophrenie	41,7 (9,3)	33 / 67	2,0 (1–5)[f]	k. A.	k. A.	k. A.[g]	17 (20,0)
Zhang 2006									
SFT	75	Schizophrenie	31,2 (7,8)[h]	32 / 68[h]	420 (180)[e]	k. A.	0 (0)[j]	k. A.	7 (9)[k]
KZB	75	Schizophrenie	32,7 (9,1)[i]	38 / 62[i]	460 (210)[e]	k. A.	0 (0)[j]	k. A.	10 (13)[k]
Zhou 2003									
SFT	30	Schizophrenie	35,7 (9,9)	33 / 67[l]	550,7 (220)[e]	0 (0)[k]	0 (0)[m]	k. A.	k. A.
KZB	30	Schizophrenie	36,7 (12,6)	27 / 73[l]	500 (214,5)[e]	0 (0)[k]	0 (0)[m]	k. A.	k. A.
Miller 2004									
SFT	33	bipolare Störung	40 (10)	45 / 55	4 (3)[n]	8 (24)[o]	k. A.	3 (9)	3 (9)
Edu-FB	30	bipolare Störung	39 (12)	60 / 40	4 (4)[n]	3 (10)[o]	k. A.	0 (0)	0 (0)
KZB	29	bipolare Störung	39 (13)	66 / 34	5 (5)[n]	8 (28)[o]	k. A.	2 (7)	2 (7)

(Fortsetzung)

Tabelle 235: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben.
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: bezogen auf die 48 ausgewerteten Patienten; Prozentzahlen selbst berechnet
d: bezogen auf die 45 ausgewerteten Patienten; Prozentzahlen selbst berechnet
e: antipsychotische Medikation in mg/Tag (SD), umgewandelt in äquivalente Dosen von Chlorpromazin
f: Anzahl Einweisungen in psychiatrische Fachkrankenhäuser für mehr als 24 h; Median (Interquartilsabstand)
g: unklare Angaben
h: bezogen auf die 68 ausgewerteten Patienten; Prozentzahlen selbst berechnet
i: bezogen auf die 65 ausgewerteten Patienten; Prozentzahlen selbst berechnet
j: abgeleitet aus Ausschlusskriterien
k: Prozentzahlen selbst berechnet
l: eigene Berechnung
m: abgeleitet aus Einschlusskriterien
n: Anzahl bisheriger Hospitalisierungen (SD)
o: Anzahl psychischer Achse-I-Störungen nach DSM
Edu-FT: psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy); k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KZB: keine Zusatzbehandlung; m: männlich; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); w: weiblich

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Cao 2007				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** Familie ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse, antipsychotische Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 448 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ k. A.	▪ 17–26 Sitzungen[a] ▪ Sitzungen im Abstand von 4–6 Wochen ▪ 60–90 Minuten pro Sitzung ▪ 2 Jahre	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 456 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ k. A.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Priebe 2015				
systemischer Studienarm	**Lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+, LFT)** ▪ **Ausrichtung:** lösungsfokussierte Therapie ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** 4-stufiger Ansatz: Verstehen der Bedenken des Patienten und seines früheren Umgangs mit der Krankheit, Identifikation bestmöglicher Szenarien und kleinster Schritte zur Verbesserung, Identifikation von vorhandenen Ressourcen u. a. des Patienten und Therapeuten, Einverständnis zu getroffenen Entscheidungen ▪ **Setting:** k. A. / Einzeltherapie ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. zu Art der Begleitmedikation; während Therapiegesprächen bewerten Patienten ihre Therapie-zufriedenheit und ihren Therapiebedarf in Bezug auf 8 Lebensbereiche und 3 Behandlungsaspekte mithilfe eines Computers, anschließend Bearbeitung ausgewählter Themen im Rahmen des o. g. 4-stufigen Ansatzes	▪ Behandlungsmanual verwendet ▪ Audioaufnahme und Besprechung von 2 Sitzungen ▪ fakultative Beratung der Therapeuten durch Trainer im Studienverlauf	▪ 6 Sitzungen[a] ▪ Sitzungen min. 1-mal pro Monat ▪ k. A. ▪ 6 Monate	▪ erfahrene und in der Prüfintervention geschulte Ärzte, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpfleger
Kontroll-studienarm	**Kontrollstudienarm (Control Condition, KG)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. / Einzeltherapie ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. zu Art der Begleitmedikation; während Therapiegesprächen bewerten Patienten ihre Therapiezufriedenheit und ihren Therapiebedarf in Bezug auf 8 Lebensbereiche und 3 Behandlungsaspekte mithilfe eines Computers ohne Konsequenz für die weitere Behandlung	▪ k. A.	▪ 6 Sitzungen[a] ▪ Sitzungen min. 1-mal pro Monat ▪ k. A. ▪ 6 Monate	▪ erfahrene Ärzte, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Krankenpfleger

(Fortsetzung)

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Zhang 2006				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch nach Yang [243] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Elemente der Sitzungen umfassen u. a. hypothetische Fragen, Hausaufgaben, Rollenspiele; Familienintervention über Telefonanrufe, Hausbesuche und Sitzungen im Krankenhaus ▪ **Setting:** Einzel, Gruppe und Familie / stationär und ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 420 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ innerhalb der ersten 6 Monate 1 Sitzung pro Monat, anschließend 1 Sitzung im Abstand von 3 Monaten ▪ 45–60 Minuten ▪ 2,5 Jahre[c]	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 460 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ n. a.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Zhou 2003				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch nach Yang [243] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Elemente der Sitzungen umfassen u. a. Zuhören zu Familiengeschichten, hypothetische Fragen, zirkuläre Fragen, Familien-Hausaufgaben (u. a. Rollenspiele, paradoxe Interventionen und Symptomverschreibung) ▪ **Setting:** stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 551 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ standardisiert	▪ 3 Sitzungen ▪ 4-wöchentlich ▪ 1 Stunde ▪ 3 Monate	▪ k. A.
Kontroll-studienarm	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten eine medikamentöse Sockeltherapie von (umgerechnet in Chlorpromazin) 500 mg/Tag (k. A. zum tatsächlich verwendeten Wirkstoff)	▪ n. a.	▪ n. a. ▪ n. a. ▪ n. a. ▪ 3 Monate	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Miller 2004				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch, basiert auf dem McMaster-Modell nach Epstein [61] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. aktive Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Familienmitgliedern, offene und direkte Kommunikation, Betonung aktueller Probleme mit Fokus auf Verhaltensänderung und Verantwortung der Familie für Veränderung, Blick auf die Stärken innerhalb der Familie ▪ **Setting:** Familie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie: s**iehe Kontrollstudienarm 2	▪ mit Manual – semi-strukturiert ▪ Adhärenzmonitoring in wöchentlichen Meetings zwischen Therapeuten und Studienleitern	▪ 6–12 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche oder alle 2 Wochen ▪ 50 Minuten ▪ k. A.	▪ Sozialarbeiter mit umfassender klinischer Erfahrung
Kontroll-studienarm 1	**Psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy, Edu-FT)** ▪ **Ausrichtung:** psychoedukativ ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Informationen zur Erkrankung und zu Coping-Strategien; Zusammenarbeit mit behandelnden Arzt, Unterstützung innerhalb der Familie und; jede Sitzung mit eigenem thematischen Schwerpunkt ▪ **Setting:** mehrere Familien / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** siehe Kontrollstudienarm 2	▪ mit Manual - semi-strukturiert ▪ Adhärenzmonitoring in wöchentlichen Meetings zwischen Therapeuten und Studienleitern	▪ 6 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 90 Minuten ▪ 6 Wochen[d]	▪ 2 Psychotherapeuten mit umfassender klinischer Erfahrung

(Fortsetzung)

Tabelle 236: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm 2	**Keine Zusatzbehandlung (KZB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** n. a. ▪ **Setting:** k. A. ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** Patienten erhielten stimmungsstabilisierende Medikamente im Rahmen von Medikationsmanagement-Sitzungen (zu Beginn 1 Sitzung pro Woche; nach Stabilisierung der Patienten alle 3 Monate; k. A. zur Menge des verwendeten Wirkstoffs)	▪ standardisiert ▪ Clinical ManagementImipramine/ Placebo Administration Manual	▪ n. a.	▪ Psychiater

a: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zur Interventionsdauer und Frequenz der Sitzungen
b: eigene Berechnung aus den vorhandenen Angaben zum Behandlungszeitraum und zur Frequenz der Sitzungen
c: Aus der Publikation geht der Behandlungszeitraum nicht eindeutig hervor. Die vorhandenen Angaben lassen darauf schließen, dass sich die Therapie über den gesamten Nacherhebungszeitraum erstreckte.
d: aus Publikationsangaben geschlossen

Edu-FT: psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy); k. A.: keine Angaben; KZB: keine Zusatzbehandlung; n. a.: nicht anwendbar; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy)

A3.9.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle 237 werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 237: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität						**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	
			Schizophreniesymptomatik						
	Symptom-verbesserung manische und depressive Symptomatik	**Zeit bis Symptom-verbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Schizophrenie-symptomatik (Positivskala)**	**Schizophrenie-symptomatik (Negativskala)**	**Schizophrenie-symptomatik (global)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**		**Allgemeines Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**
Cao 2007	–	–	–	–	Gesamtwert PANSS	–	Gesamtwert GQOLI	–	
Priebe 2015	–	–	PANSS: Positivskala	PANSS: Negativskala	–	PANSS: allgemeine psychopatholo-gische Skala	MANSA	–	SIX
Zhang 2006	–	–	–	–	Gesamtwert PANSS	–	–	Gesamtwert WHODAS	–
Zhou 2003	–	–	–	–	–	Gesamtwert BPRS	–	–	–

(Fortsetzung)

Tabelle 237: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**								
	Morbidität							**Allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**	
			Schizophreniesymptomatik						
	Symptom-verbesserung manische und depressive Symptomatik	**Zeit bis Symptom-verbesserung manische und depressive Symptomatik**	**Schizophrenie-symptomatik (Positivskala)**	**Schizophrenie-symptomatik (Negativskala)**	**Schizophrenie-symptomatik (global)**	**Generelle psychiatrische Symptomatik**	**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**	**Allgemeines Funktionsniveau**	**Soziales Funktionsniveau**
Miller 2004	Anzahl Patienten unter Cut-off von 6 auf MAS und unter Cut-off von 7 auf HDRS an 2 aufeinander-folgenden Monaten	Zeit bis Eintritt Ereignis „Symptomver-besserung manische und depressive Symptomatik“	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert

[244]BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale [245]; GQOLI: General Quality of Life Inventory [246]; HDRS: modifizierte Hamilton Depression Rating Scale (modifiziert nach Miller [247]); MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life [248]; MAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale [244]; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale [249]; SIX: Objective Social Outcomes Index [250]; WHODAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule [251]

A3.9.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 238 dargestellt.

Tabelle 238: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Cao 2007	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	nein[e]	hoch[f]
Priebe 2015	ja	ja	nein[c]	nein[d]	ja	ja	niedrig
Zhang 2006	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	nein[g]	nein[e]	hoch[h]
Zhou 2003	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	nein[e]	hoch[f]
Miller 2004	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[i]

a: keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
b: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
c: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
d: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
e: nur unzureichende Angaben zur medikamentösen Sockeltherapie wie z. B. zu eingesetzten Wirkstoffen
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz, zur Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie zur medikamentösen Begleittherapie.
g: Keine Angaben zur Operationalisierung des berichteten Endpunkts Rückfallrate. Zum „sufferer self-completion general questionaire“ werden keine Ergebnisse berichtet.
h: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz, zur Verdeckung der Gruppenzuteilung, zur medikamentösen Begleittherapie und wegen der ergebnisabhängigen Berichterstattung.
i: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz sowie zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.

A3.9.4 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Miller 2004).

A3.9.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.9.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.9.4.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung manische und Depressive Symptomatik

Tabelle 239 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik.

Tabelle 239: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Miller 2004	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 240 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik für den Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Tabelle 240: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeit-punkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Miller 2004	Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik[a]	SFT vs. Edu-FT	28	33	16 (48)	30	21 (70)	0,40 [0,14; 1,14]; 0,090[b]

a: Anzahl Patienten unter Cut-off von 6 auf BAS und unter Cut-off von 7 auf HDRS an 2 aufeinanderfolgenden Monaten
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
BAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale (Wertebereich 0–44, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); Edu-FT: psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy); HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik wurde die Anzahl Patienten verstanden, die an 2 aufeinanderfolgenden Monaten einen Wert auf der Bech-Rafaelsen Mania Scale [244] unter 6 sowie auf der Hamilton Depression Rating Scale [247] unter 7 haben. Für diesen Endpunkt lagen aus einer Studie Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit zu dem Auswertungszeitpunkt 28 Monaten vor. Die Studienergebnisse zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.9.4.2.2 Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 241 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik.

Tabelle 241: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Miller 2004	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 242 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik bis zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Tabelle 242: Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
			N	**Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI] / Patienten mit Ereignis n (%)**	**N**	**Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI] / Patienten mit Ereignis n (%)**	**HR [95 %-KI]; p-Wert**
Miller 2004	Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik[a]	SFT vs. Edu-FT	33	10 [k. A.] / 16 (48)	30	7 [k. A.] / 21 (70)	k. A

a: definiert als Anzahl Patienten unter Cut-off von 6 auf BAS und unter Cut-off von 7 auf HDRS an 2 aufeinanderfolgenden Monaten

BAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale (Wertebereich 0–44, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); Edu-FT: psychoedukative Multifamilientherapie (Multi-family psychoeducational Group Therapy); HR: Hazard Ratio; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; vs.: versus

Als Operationalisierung dieses Endpunkts wurde die Zeit ab Randomisierung bis zum Eintritt des Ereignisses Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik verstanden, d. h. bis ein Patient an 2 aufeinanderfolgenden Monaten einen Wert auf der Bech-Rafaelsen Mania Scale [244] unter 6 sowie auf dem Hamilton Depression Rating Scale [247] unter 7 aufweist.

In den Studienpublikationen fehlt die Angabe eines Effektschätzers für den Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Information. Es ist lediglich ein Omnibus-Test für den Vergleich der 3 Studienarme insgesamt angegeben. Dieser zeigte ein nicht signifikant Ergebnis (log-rank $\chi^2 = 1{,}21$, df = 2, p = 0,55). Da die Studienpublikation zudem nur die mediane Zeit bis zur Symptomverbesserung ohne weitere Angaben wie Streuung oder Konfidenzintervall berichtet, kann kein Effektschätzer für den paarweisen Vergleich zwischen systemischer Therapie und Beratung und Information berechnet werden. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Information festgestellt.

A3.9.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.9.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.9.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.9.5 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefern 5 Studien verwertbare Ergebnisse (Cao 2007, Priebe 2015, Zhang 2006, Zhou 2003, Miller 2004).

A3.9.5.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.9.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.9.5.2.1 Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 243 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik.

Tabelle 243: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Miller 2004	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 244 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik für den Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Tabelle 244: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)	Zeit-punkt (Mon.)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Miller 2004	Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik[a]	SFT vs. KZB	28	33	16 (48)	29	16 (55)	0,76 [0,28; 2,08]; 0,663[b]

a: Anzahl Patienten unter Cut-off von 6 auf BAS und unter Cut-off von 7 auf HDRS an 2 aufeinanderfolgenden Monaten
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

BAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale (Wertebereich 0–44, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik wurde die Anzahl Patienten verstanden, die an 2 aufeinanderfolgenden Monaten einen Wert auf der Bech-Rafaelsen Mania Scale [244] unter 6 sowie auf der Hamilton Depression Rating Scale [247] unter 7 haben. Für diesen Endpunkt lagen aus einer Studie Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit zu dem Auswertungszeitpunkt 28 Monate vor. Die Studienergebnisse zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.2 Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 245 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik.

Tabelle 245: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Miller 2004	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Tabelle 246 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik bis zum Auswertungszeitpunkt 28 Monate.

Tabelle 246: Ergebnisse zum Endpunkt Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
			N	**Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI] / Patienten mit Ereignis n (%)**	**N**	**Mediane Überlebenszeit in Monaten [95 %-KI] / Patienten mit Ereignis n (%)**	**HR [95 %-KI]; p-Wert**
Miller 2004	Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik[a]	SFT vs. KZB	33	10 [k. A.] / 16 (48)	30	8 [k. A.] / 16 (55)	k. A.

a: definiert als Anzahl Patienten unter Cut-off von 6 auf BAS und unter Cut-off von 7 auf HDRS an 2 aufeinanderfolgenden Monaten

BAS: Bech-Rafaelsen Mania Scale (Wertebereich 0–44, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); HR: Hazard Ratio; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale (Wertebereich 0–66, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; vs.: versus

Als Operationalisierung dieses Endpunkts wird die Zeit ab Randomisierung bis zum Eintritt des Ereignisses Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik verstanden, d. h. bis ein Patient an 2 aufeinanderfolgenden Monaten einen Wert auf der Bech-Rafaelsen Mania Scale [244] unter 6 sowie auf der Hamilton Depression Rating Scale [247] unter 7 aufweist. In den Studienpublikationen fehlt jedoch die Angabe eines Effektschätzers für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung, es ist lediglich ein Omnibus-Test für den Vergleich der 3 Studienarme insgesamt angegeben. Dieser zeigte ein nicht signifikantes Ergebnis (log-rank χ^2 = 1,21, df = 2, p = 0,55). Da die Studienpublikation zudem nur die mediane Zeit bis zur Symptomverbesserung ohne weitere Angaben wie Streuung oder Konfidenzintervall berichtet, kann kein Effektschätzer für den paarweisen Vergleich zwischen systemischer Therapie und dem Komparator keine Zusatzbehandlung berechnet werden. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.3 Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik

A3.9.5.2.3.1 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala)

Tabelle 247 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala).

Tabelle 247: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Priebe 2015	niedrig	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Nichtverblindung der Patienten ist die Endpunkterhebung als nicht verblindet einzustufen.
b: hoher Anteil nicht in die Auswertung eingegangener Patienten (> 10 %)
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Schizophreniesymptomatik (Positivskala)

Tabelle 252 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala) für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate.

Tabelle 248: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Positivskala)

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Priebe 2015	PANSS, Positivskala	LFT vs. KG	0[a]	93	14,8 (5,7)[b]	n. a.	84	15,1 (6,4)[b]	n. a.	k. A.	n. a.
			6[a]	73	13,2 (5,2)[b]	k. A.	73	14,4 (5,7)[b]	k. A.	−0,927 [−2,432; 0,579]; 0,228[b]	k. A.

a: Die Auswertungszeitpunkte 3 und 12 Monate basierten auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurden daher nicht berücksichtigt.
b: Ergebnisse aus Available-Case-Analyse

k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); MW: Mittelwert; N: Anzahl der ausgewerteten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, Positivskala (Wertebereich 7–49, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Schizophreniesymptomatik (Positivskala) wurde in der Studie Priebe 2015 der Skalenwert der Positivskala der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; [249]) verwendet. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.3.2 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala)

Tabelle 249 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala).

Tabelle 249: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnisunabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Priebe 2015	niedrig	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Nichtverblindung der Patienten ist die Endpunkterhebung als nicht verblindet einzustufen.
b: hoher Anteil nicht in die Auswertung eingegangener Patienten (> 10 %)
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Schizophreniesymptomatik (Negativskala)

Tabelle 250 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala) für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate.

Tabelle 250: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (Negativskala)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Priebe 2015	PANSS, Negativskala	LFT vs. KG	0[a]	94	17,1 (6,4)[b]	n. a.	84	18,0 (7,8)[b]	n. a.	k. A.	n. a.
			6[a]	73	15,1 (5,8)[b]	k. A.	73	15,7 (6,1)[b]	k. A.	0,037 [−1,591; 1,655]; 0,965[b]	k. A.

a: Die Auswertungszeitpunkte 3 und 12 Monate basierten auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurden daher nicht berücksichtigt.

b: Ergebnisse aus Available-Case-Analyse

k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); MW: Mittelwert; N: Anzahl der ausgewerteten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, Negativskala (Wertebereich 7–49, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Schizophreniesymptomatik (Negativskala) wurde in der Studie Priebe 2015 der Skalenwert der Negativskala der PANSS [249] verwendet. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 6 Monate keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.3.3 Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global)

Tabelle 251 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global).

Tabelle 251: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Cao 2007	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Zhang 2006	hoch	nein[a]	nein[c]	ja	ja	hoch[d]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Von 150 Patienten wurden 17 Patienten aus den Analysen ausgeschlossen.
d: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der inadäquaten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Schizophreniesymptomatik (global)

Tabelle 252 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global) für die Auswertungszeitpunkte 2 bzw. 2,5 Jahre.

Tabelle 252: Ergebnisse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Cao 2007	PANSS	SFT vs. KZB	0	48[a]	60,5 (7,8)[b]	n. a.	45[a]	57,5 (8,6)[b]	n. a.	k. A.	n. a.
			24	48[a]	46,8 (8,1)[b]	k. A.	45[a]	56,0 (8,0)[b]	k. A.	k. A. [k. A.]; < 0,05	k. A.
Zhang 2006	PANSS	SFT vs. KZB	0	68	78,6 (20,3)	n. a.	65	79,8 (27,2)	n. a.	k. A.	n. a.
			30	68	46,8 (8,1)	k. A.	65	57,0 (8,0)	k. A.	k. A. [k. A.]; < 0,01	k. A.

a: Anzahl ausgewerteter Patienten
b: Angaben beziehen sich auf die Anzahl ausgewerteter Patienten.
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale (Wertebereich 16–112, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus

Abbildung 66 zeigt die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Schizophreniesymptomatik (global) zum Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 2,5 Jahre.

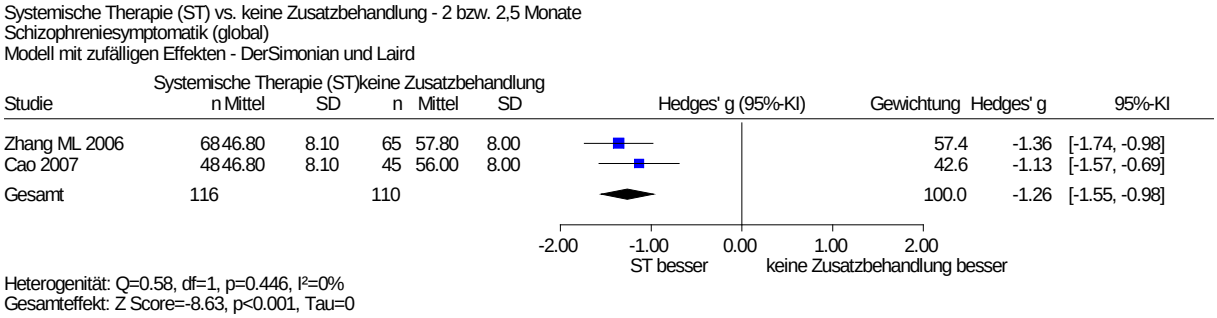


Abbildung 66: Metaanalyse zur Schizophreniesymptomatik (global), systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 2 bzw. 2,5 Jahren.

Als Operationalisierung des Endpunkts Schizophreniesymptomatik (global) wurde in den Studien Cao 2007 und Zhang 2006 der Gesamtwert der PANSS [249] verwendet. Aus beiden Studien lagen für den Auswertungszeitpunkt 2 bzw. 2,5 Jahre Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,446). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbeurteilung des statistisch signifikanten Unterschieds wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Dies wird als klinisch relevanter Effekt interpretiert. Somit wird ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.3.4 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie Schizophreniesymptomatik wird ein Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.2.4 Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur generellen psychiatrischen Symptomatik

Tabelle 253 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik.

Tabelle 253: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Priebe 2015	niedrig	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]
Zhou 2003	hoch	nein[d]	ja	ja	ja	hoch[e]

a: Aufgrund der Nichtverblindung der Patienten ist die Endpunkterhebung als nicht verblindet einzustufen.
b: hoher Anteil nicht in die Auswertung eingegangener Patienten (> 10 %)
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
d: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
e: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Tabelle 254 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik für den Auswertungszeitpunkt 3 Monate bzw. 6 Monate.

Tabelle 254: Ergebnisse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Priebe 2015	PANSS, allgemeine psychopathologische Skala	LFT vs. KG	0[a]	93	32,9 (8,3)[b]	n. a.	84	34,6 (10,1)[b]	n. a.	k. A.	n. a.
			6[a]	73	28,0 (9,2)[b]	k. A.	73	32,8 (8,9)[b]	k. A.	−4,041 [−6,82; −1,263]; 0,004	k. A.
Zhou 2003	BPRS	SFT vs. KZB	0	30	35,6 (5,9)	n. a.	30	38,8 (6,1)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	30	30,6 (4,9)	k. A.	30	32,3 (5,5)	k. A.	−0,32 [−0,83; 0,19]; 0,215[c]	k. A.

a: Die Auswertungszeitpunkte 3 und 12 Monate basierten auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurden daher nicht berücksichtigt.
b: Ergebnisse aus Available-Case-Analyse
c: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale (Wertebereich 18–126, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, Skala allgemeine psychopathologische Symptome (Wertebereich 16–112, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus

Abbildung 67 zeigt die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt generelle psychiatrische Symptomatik zum Auswertungszeitpunkt 3 bzw. 6 Monate.

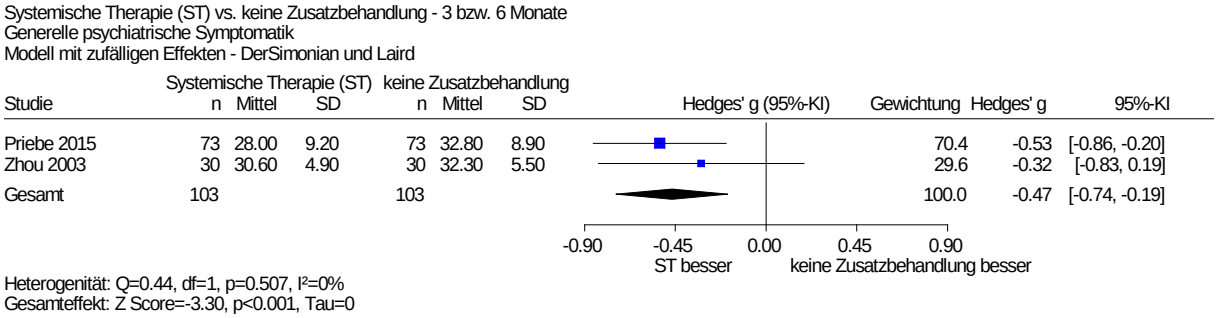


Abbildung 67: Metaanalyse zur generelle psychiatrische Symptomatik, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 bzw. 6 Monaten

Als Operationalisierung des Endpunkts generelle psychiatrische Symptomatik wurde in der Studie Priebe 2015 die Skala allgemeine psychopathologische Symptome der PANSS [249] verwendet, in der Studie Zhou 2003 die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; [245]). Aus beiden Studien lagen für die Auswertungszeitpunkte 3 und 6 Monate Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,507). In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbeurteilung des statistisch signifikanten Unterschieds wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Somit wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Tabelle 255 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Tabelle 255: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Cao 2007	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]
Priebe 2015	niedrig	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
c: Aufgrund der Nichtverblindung der Patienten ist die Endpunkterhebung als nicht verblindet einzustufen.
d: hoher Anteil nicht in die Auswertung eingegangener Patienten (> 10 %)
e: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Tabelle 256 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität für den Auswertungszeitpunkt 2 Jahre.

Tabelle 256: Ergebnisse zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Cao 2007	GQOLI	SFT vs. KZB	0	48	205,09 (23,67)	n. a.	45	204,76 (24,21)	n. a.	k. A.	n. a.
			24	48	218,23 (28,36)	k. A.	45	206,31 (26,18)	k. A.	0,43 [0,02; 0,84]; 0,039[b]	k. A.
Priebe 2015	MANSA	LFT vs. KG	0	94	4,0 (0,9)	n. a.	85	3,8 (0,9)	n. a.	k. A.	n. a.
			3	61	4,4 (0,9)	k. A.	59	4,1 (0,9)	k. A.	0,36 [−0,01; 0,72]; 0,053[b]	k. A.
			6	73	4,3 (1,0)	k. A.	74	4,0 (1,0)	k. A.	0,36 [0,04; 0,69]; 0,029[b]	k. A.
			12	61	4,4 (0,9)	k. A.	68	4,1 (0,9)	k. A.	0,37 [0,02; 0,72]; 0,036[b]	k. A.

a: Anzahl ausgewerteter Patienten
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
GQOLI: General Quality of Life Inventory (Wertebereich 64–320, höhere Werte indizieren eine höhere Lebensqualität); k. A.: keine Angaben;
KG: Kontrollstudienarm (Control Condition);; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+);
MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life (Wertebereich 16–104, höhere Werte indizieren eine höhere Lebensqualität); MW: Mittelwert; N: Anzahl der ausgewerteten Patienten; n. a. nicht anwendbar; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus

Der Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in der Studie Cao 2007 mittels des General Quality of Life Inventory (GQOLI; [246]), in der Studie Priebe 2015 mittels der Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; [248]) erhoben. Tabelle 256 zeigt die Ergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 3, 6, 12 und 24 Monate. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 6, 12 und 24 Monate einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbeurteilung des Effekts wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die untere Grenze des jeweiligen zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

A3.9.5.4.1 Endpunkt allgemeines Funktionsniveau

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum allgemeinen Funktionsniveau

Tabelle 257 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt allgemeines Funktionsniveau.

Tabelle 257: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt allgemeines Funktionsniveau

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Zhang 2006	hoch	unklar[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Von 150 Patienten wurden 17 Patienten aus den Analysen ausgeschlossen.
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der inadäquaten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt allgemeines Funktionsniveau

Tabelle 258 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt allgemeines Funktionsniveau für den Auswertungszeitpunkt 2,5 Jahre.

Tabelle 258: Ergebnisse zum Endpunkt allgemeines Funktionsniveau

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)**	**Zeitpunkt (Mon.)**	**Systemischer Studienarm**			**Kontrollstudienarm**			**Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)**	
				N	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**N**	**Werte MW (SD)**	**Änderung zu Baseline MW (SD)**	**Messwert [95 %-KI]; p-Wert**	**Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert**
Zhang 2006	WHODAS	SFT vs. KZB	0	68	17,8 (3,7)	n. a.	65	16,8 (8,1)	n. a.	k. A.	n. a.
			30	68	6,7 (4,9)	k. A.	65	14,5 (8,3)	k. A.	1,14 [−1,51; −0,78]; < 0,001[b]	k. A.

a: Anzahl ausgewerteter Patienten
b: standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung
k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; KZB: keine Zusatzbehandlung; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus; WHODAS: World Health Organization Disability Assessment Schedule (Wertebereich 0–100, niedrigere Werte indizieren höheres Funktionsniveau)

Der Endpunkt allgemeines Funktionsniveau wurde mittels der World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS; [251]) erhoben. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 2,5 Jahre einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbeurteilung des Effekts wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Die obere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt unterhalb der Irrelevanzschwelle von −0,2. Damit lässt sich ableiten, dass der Effekt klinisch relevant ist. Es wird somit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.4.2 Endpunkt soziales Funktionsniveau

Tabelle 259 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau.

Tabelle 259: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Priebe 2015	niedrig	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Nichtverblindung der Patienten ist die Endpunkterhebung als nicht verblindet einzustufen.
b: hoher Anteil nicht in die Auswertung eingegangener Patienten (> 10 %)
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ergibt sich aus der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der als nicht adäquat bewerteten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau

Tabelle 250 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau für die Auswertungszeitpunkte 6 und 12 Monate.

Tabelle 260: Ergebnisse zum Endpunkt soziales Funktionsniveau

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Priebe 2015	SIX	LFT vs. KG	0[a]	93	2,8 (1,0)	n. a.	85	2,6 (0,9)	n. a.	k. A.	n. a.
			6	73	2,9 (1,1)	k. A.	74	2,6 (0,9)	k. A.	1,34 [0,72; 2,49]; 0,358[b]	k. A.
			12	61	3,1 (1,0)	k. A.	68	2,6 (0,9)	k. A.	2,91 [1,23; 6,91]; 0,016[b]	k. A.

a: Der Auswertungszeitpunkt 3 Monate basierte auf weniger als 70 % der in die Auswertung eingeschlossenen Patienten und wurde daher nicht berücksichtigt.
b: Ergebnisse aus Available-Case-Analyse, Odds Ratio aus Proportional-Odds-Modell
k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Condition); KI: Konfidenzintervall; LFT: lösungsfokussierte Therapie (DIALOG+); MW: Mittelwert; N: Anzahl der ausgewerteten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; SD: Standardabweichung; SIX: Objective Social Outcomes Index (Wertebereich 0–6, höhere Werte indizieren höheres Funktionsniveau): vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts soziales Funktionsniveau wurde in der Studie Priebe 2015 der Skalenwert des Objective Social Outcomes Index (SIX; [250]) verwendet. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zum Auswertungszeitpunkt 12 Monate einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Zur Relevanzbeurteilung des Effekts wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz in Form von Hedges' g berechnet. Diese zeigte folgendes Ergebnis: Hedges' g = 0,52 (untere Grenze des Konfidenzintervalls: 0,17; obere Grenze des Konfidenzintervalls: 0,88; p = 0,003). Die untere Grenze des zu diesem Effektschätzer gehörenden Konfidenzintervalls liegt nicht oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.9.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.10 Störungsbereich Substanzkonsumstörung

A3.10.1 Studiendesign und Studienpopulationen

In den folgenden Tabellen werden die eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Substanzkonsumstörung hinsichtlich wichtiger Merkmale beschrieben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. In weiteren Tabellen erfolgt eine Beschreibung der in den Studien angewendeten relevanten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten, eine Charakterisierung der in den Studien untersuchten Populationen sowie eine Charakterisierung der systemischen Studien- und Kontrollstudienarme.

Tabelle 261: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Substanzkonsumstörung

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Bennun 1988	▪ systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT) ▪ Problemlösetherapie (Problem Solving Treatment, PLT)	12[a]	Alkoholkonsumstörung[c]	Vereinigtes Königreich / k. A.	Baseline, ca. 6 Monate[d], ca. 1 Jahr[d]	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomatik Substanzkonsum
Yandoli 2002	▪ systemische Familientherapie (Family Therapy, SFT) ▪ Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment, SB) ▪ geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Treatment, GKB)	119	Opioidkonsumstörung	Vereinigtes Königreich / k. A.	Baseline, 6 Monate, 1 Jahr	**Primär:** Teilremission Opioidkonsumstörung **Sekundär:** Gesamtmortalität
Feaster 2010	▪ ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy, ÖSFT) ▪ Gesundheitsgruppe (Health Group, GG)	126	Kokainkonsumstörung	USA / 2003–2008	Baseline, 4 Monate, 8 Monate, 1 Jahr	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomatik Substanzkonsum
Stanton 1982	▪ systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy, SFT-MB) ▪ systemische Familientherapie (Unpaid Family Therapy, SFT) ▪ Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment, Film-MB)	65[e]	Opioidkonsumstörung	USA / 1974–1981	Baseline, 17 Monate, 3 Jahre	**Primär:** Symptomatik Substanzkonsum[f] **Sekundär:** Gesamtmortalität

(Fortsetzung)

Tabelle 261: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Substanzkonsumstörung (Fortsetzung)

Studie	**Interventionen**[a]	**Zahl der randomisierten Patienten**[a]	**Behandelte Störungen**[a]	**Ort / Zeitraum der Durchführung**[a]	**Auswertungszeitpunkte**[a]	**Zielkriterien**[a, b]
Slesnick 2016	▪ ökologische Familientherapie (Ecologically-based Family Therapy, ÖFT) ▪ Gesundheitstraining (Women's Health Education, GT)	183	Alkoholkonsumstörung / Substanzkonsumstörung	USA / k. A.	Baseline, 3, 6, 12, 18 Monate	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz) Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz) Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz) Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz) Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad) Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad) Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)
Ziegler-Driscoll 1977	▪ systemische Familientherapie (Conjoint Family Therapy, SFT) ▪ systemische Familientherapie ohne Indexpatient (Relatives' Group; SFT-OI) ▪ Kontrollstudienarm (Control Group, KG)	49	Substanzkonsumstörung	USA / 06/1974–10/1976	Baseline, 4–6 Monate nach Therapieende	**Primär:** k. A. **Sekundär:** Teilremission Substanzkonsumstörung

(Fortsetzung)

Tabelle 261: Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs im Störungsbereich Substanzkonsumstörung (Fortsetzung)

a: Die Charakterisierung der eingeschlossenen RCTs beschränkt sich auf solche Angaben, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind.
b: Als „primäre Zielkriterien“ werden alle Endpunkte berichtet, die in der Studie als primäre Zielkriterien definiert worden sind, unabhängig davon, ob sie für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind. Als „sekundäre Zielkriterien“ werden ausschließlich Endpunkte dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse vorliegen.
c: In der Studienpublikation wird keine genaue Diagnosestellung gegeben. Die Angaben der Publikation lassen aber darauf schließen, dass die Patienten eine Alkoholkonsumstörung aufweisen.
d: abgeleitet aus der durchschnittlichen Sitzungsanzahl von 8–9 Sitzungen im Abstand von jeweils 3 Wochen
e: Zur Zahl der randomisierten Patienten finden sich unterschiedliche Angaben. Diese liegen je nach Publikation bei N = 65 und N = 64.

Film-MB: Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment); GG: Gesundheitsgruppe (Health Group); GKB: geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Treatment); GT: Gesundheitstraining (Women’s Health Education); k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); ÖFT: ökologische Familientherapie (Ecologically-based Family Therapy); ÖSFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); PLT: Problemlösetherapie (Problem Solving Therapy); SB: Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy; Family Therapy; Conjoint Family Therapy, Unpaid Family Therapy); SFT-MB: systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy); SFT-OI: systemische Familientherapie ohne IP (Relatives’ Group)

Tabelle 262: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Bennun 1988	▪ k. A.	▪ frühere Teilnahme an Familientherapie ▪ ein Familienmitglied mit psychotischer Störung oder Krampfanfällen ▪ alkoholbedingte Hospitalisierung des Indexpatienten mit Alkoholproblem in den vergangenen 3 Monaten ▪ Teilnahmeverweigerung des Partners / der Partnerin	▪ Überweisung der Familien der Indexpatienten mit einem Alkoholproblem zur Behandlung in eine gemeindenahe Einrichtung zur Behandlung von alkohol-bezogenen Störungen ▪ frühere Beratung des Indexpatienten ▪ subjektiv wahrgenommener Behandlungsbedarf des Indexpatienten
Yandoli 2002	▪ Opioidkonsum seit mehr als 6 Monaten ▪ Opioidkonsum nachgewiesen über positive Urinproben an 3 aufeinander-folgenden Tagen ▪ Alter > 18 Jahre ▪ Bereitschaft Partner / Familie einzubeziehen	▪ vorangegangene psychiatrische Behandlung ▪ aktuelle Alkoholabhängigkeit	▪ k. A.

Feaster 2010	▪ Kokainmissbrauch nach DSM-IV innerhalb des letzten Jahres (Diagnosestellung mittels CIDI 2.3)
	▪ HIV-positiv
	▪ eine der 3 folgenden Bedingungen:
	  ▫ Verschreibung antiretroviraler Medikamente
	  ▫ Viruslast > 100 000 oder CD4-Zellzahl < 350
	  ▫ Diagnose einer AIDS-definierenden Erkrankung
	▪ Alter ≥ 18 Jahre
		▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 262: Relevante Ein- / Ausschlusskriterien für Patienten in den Studien (Fortsetzung)

Studie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Weitere Merkmale zur Beschreibung der Studienpopulation
Stanton 1982	▪ Heroinabhängigkeit seit min. 2 Jahren ▪ aktuell in einer Methadonbehandlung ▪ mindestens 2 Entgiftungsversuche ▪ Alter ≤ 36 Jahren ▪ männlich ▪ regelmäßiger Kontakt mit Eltern oder vergleichbaren Betreuungspersonen, min. wöchentlich mit einer Person, min. monatlich mit der anderen Person ▪ Familie lebt in einer Entfernung von maximal 1 Autostunde vom Behandlungsort ▪ nachdem ein Drittel der Patienten rekrutiert wurde, galt zudem folgendes weiteres Einschlusskriterium: ▫ mit Eltern oder vergleichbaren Betreuungspersonen im gleichen Haushalt lebend	▪ frühere psychotische Erkrankung ▪ schon in einer Familientherapie gewesen ▪ Geschwister im selben Behandlungsprogramm ▪ nachdem ein Drittel der Patienten rekrutiert wurde, galt zudem folgendes weiteres Ausschlusskriterium: ▫ Behinderung von 30 % oder mehr nach Regularien des US-Kriegsveteranen-ministeriums	▪ Patienten eines Drogenzentrums einer Klinik
Slesnick 2016	▪ Alkoholmissbrauch oder Substanzmissbrauch nach DSM-IV ▪ Mütter von Kindern zwischen 8 und 16 Jahre	▪ k. A.	▪ Patientinnen wurden aus einem „community treatment center“ für Substanzkonsumstörungen rekrutiert
Ziegler-Driscoll 1977	▪ Substanzabhängigkeit ▪ Teilnahme der Angehörigen	▪ zu große Distanz zwischen Wohnort der Angehörigen und Studienort	▪ Patienten sind Erstaufnahmen in einer Klinik für Alkoholismus und Substanzabhängigkeit

CD4: Lymphozyten, die das Antigen CD4 tragen; CIDI 2.3: Composite International Diagnostic Interview 2.3; DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 4. Auflage; HIV: humanes Immundefizienzvirus; k. A.: keine Angaben

Tabelle 263: Charakterisierung der Studienpopulationen

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapieabbrecher n (%)[a]	Studienabbrecher n (%)[b]
Bennun 1988									
SFT	k. A.	Alkoholkonsumstörung	k. A.	k. A.	44,01 (10,71)[c]	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)
PLT	k. A.	Alkoholkonsumstörung	k. A.	k. A.	46,16 (9,37)[c]	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)
Gesamt	16	Alkoholkonsumstörung	43 (k. A.)[d]	33 / 67[e]	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)	4 (25)
Yandoli 2002									
SFT	41	Opioidkonsumstörung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	9 (22)
SB	38	Opioidkonsumstörung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	14 (37)
GKB	40	Opioidkonsumstörung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	12 (30)
Gesamt	119	Opioidkonsumstörung	28,2 (5,1)	37 / 63	58[f]	k. A.	k. A.	k. A.	35 (30)
Feaster 2010									
ÖSFT	59	Kokainkonsumstörung	44,1 (0,9)	100 / 0	22,7[g]	k. A.	59 (100)[h]	26 (44)	17 (29)
GG	67	Kokainkonsumstörung	42,2 (1,0)	100 / 0	21,2[g]	k. A.	67 (100)[h]	25 (37)	10 (15)

(Fortsetzung)

Tabelle 263: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapieabbrecher n (%)[a]	Studienabbrecher n (%)[b]
Stanton 1982									
SFT-MB	21	Opioidkonsumstörung	k. A.	0 / 100	6,7[i]	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)
SFT	25	Opioidkonsumstörung	k. A.	0 / 100	6,7[i]	k. A.	k. A.	2 (8)	2 (8)
Film-MB	19[j]	Opioidkonsumstörung	k. A.	0 / 100	k. A.	k. A.	k. A.	2 (11)	2 (11)
Gesamt	65[j]	Opioidkonsumstörung	25,3 (k. A.)	0 / 100	k. A.	k. A.	k. A.	4 (6)	4 (6)
Slesnick 2016									
ÖFT	123	Alkoholkonsumstörung / Substanzkonsumstörung	k. A.	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	19 (15,4)	k. A.
GT	60	Alkoholkonsumstörung / Substanzkonsumstörung	k. A.	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	32 (53,3)	k. A.
Gesamt	183	Alkoholkonsumstörung / Substanzkonsumstörung	33,9 (k. A.)[k]	100 / 0	k. A.	k. A.	k. A.	51 (27,7)	k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 263: Charakterisierung der Studienpopulationen (Fortsetzung)

Studie Studienarm	N	Diagnosen	Alter [Jahre] MW (SD)	Geschlecht [w / m] (%)	Schwere der Erkrankung	Psychiatrische Komorbidität n (%)	Körperliche Begleiterkrankungen n (%)	Therapie-abbrecher n (%)[a]	Studien-abbrecher n (%)[b]
Ziegler-Driscoll 1977									
SFT	22	Substanz-konsumstörung	k. A	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
SFT-OI	15	Substanz-konsumstörung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
KG	12	Substanz-konsumstörung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0 (0)	0 (0)

a: Sofern nicht anders angegeben: Patienten ab Randomisierung, die die Therapie nicht vollständig erhalten haben
b: Patienten ab Randomisierung, bei denen kein Zielkriterium zum letzten Messzeitpunkt erhoben werden konnte
c: Baselinewert des Severity of Alcohol Dependence Questionaire (SD)
d: Minimum: 31, Maximum: 68 Jahre
e: eigene Berechnung basierend auf n = 12 Patienten
f: Anteil Patienten mit schwerer Substanzkonsumstörung [%] (nach Gossop [252])
g: mittlere Dauer [Jahre] des Substanzkonsums
h: Anteil Patienten mit einer HIV-Erkrankung
i: mittlere Dauer [Jahre] des Substanzkonsums; Angaben beziehen sich auf die gemeinsame Population der Studienarme SFT-MB und SFT.
j: Zur Zahl der randomisierten Patienten finden sich unterschiedliche Angaben. Diese liegen je nach Publikation bei n = 19 bzw. n = 18 für die Studienarm Film-MB und somit bei N = 65 und N = 64 für die gesamte Studienpopulation.
k: Minimum: 22, Maximum: 54 Jahre

Film-MB: Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment); GG: Gesundheitsgruppe (Health Group); GKB: geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Treatment); HIV: humanes Immundefizienzvirus; k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); MW: Mittelwert; m: männlich; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; ÖFT: ökologische Familientherapie (Ecologically-based Family Therapy); ÖSFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); PLT: Problemlösetherapie (Problem Solving Therapy); SB: Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment); SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy; Family Therapy; Conjoint Family Therapy, Unpaid Family Therapy); SFT-MB: systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy); SFT-OI: systemische Familientherapie ohne Indexpatient (Relatives' Group); w: weiblich

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Bennun 1988				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** Mailänder Modell der Familientherapie [37,63] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Informationssammlung und Hypothesengenerierung, zirkuläres Fragen, Zwischenkonsultationen ▪ **Setting:** Familie[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ 8 Sitzungen (im Durchschnitt)[b] ▪ Sitzungen im Abstand von 3 Wochen ▪ 1,5 Stunden je Sitzung ▪ 24 Wochen (im Durchschnitt)[c]	▪ 1 Therapeut
Kontroll-studienarm	**Problemlösetherapie (Problem Solving Treatment, PLT)** ▪ **Ausrichtung:** sozial-kognitive Lerntheorie (nach [64]) ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Problemidentifikation, systematische Suche nach Lösungen, Lösungsbewertung ▪ **Setting:** Familie[a] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A. ▪ **Einordnung im Sinne der PT-RL:** Richtlinientherapie	▪ k. A.	▪ 9 Sitzungen (im Durchschnitt)[b] ▪ Sitzungen im Abstand von 3 Wochen ▪ 1,5 Stunden je Sitzung ▪ 27 Wochen (im Durchschnitt)[c]	▪ 5 Therapeuten (4 Therapeuten für jeweils eine Familie, 1 Therapeut für 2 Familien)

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Yandoli 2002				
systemischer Studienarm	**Systemische Familientherapie (Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** siehe Beschreibung bei Stanton 1982 ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** siehe Beschreibung bei Stanton 1982 ▪ **Setting:** Einzel, Paar, Familie / ambulant[d] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** fixes Methadonentzugsprogramm (Reduktion der täglichen Dosis alle 2 Wochen um 5 mg)	▪ k. A.	▪ bis zu 16 Sitzungen ▪ anfangs alle 2 Wochen, dann monatlich oder seltener ▪ Sitzung 1 Stunde ▪ k. A.	▪ in Familientherapie trainierter / trainierte Sozialarbeiter/-in oder Krankenpfleger/-in
Kontroll-studienarm 1	**Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment, SB)** ▪ **Ausrichtung:** edukativ ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** pragmatische, unterstützende Beratung in Verbindung mit Informationsgabe und Ratschlägen zum Drogenproblem ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** flexibles Methadonentzugsprogramm (Reduktion der Dosis entsprechend der geäußerten Bedürfnisse des Patienten und der Empfehlungen des Behandlungsteams)	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ multidisziplinäres Team: 1 Sozialarbeiter, 3 Psychiater, 6 Krankenpfleger; Mehrheit ohne psychotherapeutische Ausbildung
Kontroll-studienarm 2	**Geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Treatment, GKB)** ▪ **Ausrichtung:** edukativ ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** einmalige Informationsgabe über örtliche Unterstützungsangebote bzgl. Drogenproblematik sowie über Drogen und das Behandlungsprogramm ▪ **Setting:** ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** fixes Methadonentzugsprogramm analog zu Studienarm SFT	▪ k. A.	▪ bis zu 12 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Monat ▪ 30 Minuten je Sitzung ▪ k. A.	▪ in Familientherapie trainierter / trainierte Sozialarbeiter/-in oder Krankenpfleger/-in

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Feaster 2010				
systemischer Studienarm	**Ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy, ÖSFT)** ▪ **Ausrichtung:** basiert auf strategischer Kurzzeittherapie [42] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Stärkung der familiären Unterstützung für medizinische Versorgung und Adhärenz zur medikamentösen Behandlung; Joining zum Aufbau eines therapeutischen Bündnis, Restrukturierung zur Veränderung problematische Interaktionen und Stärkung der Grenzen gegenüber Drogen konsumierenden sozialen Kontakten ▪ **Setting:** Familie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungs-manual verwendet ▪ Bewertung der Manualtreue des Therapeuten auf der Basis von Videoaufzeichnungen aus 221 Sitzungen	▪ bis zu 16 Sitzungen ▪ 1 Sitzung pro Woche ▪ 50 Minuten pro Sitzung	▪ 3 Therapeuten: 1 Psychologe, 1 Mediziner, 1 Sozialarbeiter ▪ Ausbildung in Familientherapie und Erfahrung mit psychodynamischer Psychotherapie, Lehranalyse / Selbsterfahrung sowie supervidierte Therapieerfahrung
Kontroll-studienarm	**Gesundheitsgruppe (Health Group, GG)** ▪ **Ausrichtung:** Psychoedukation zu HIV-Erkrankung (Attention Control), orientiert am Hartfield‘s Wellness Manual [68] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Strategien zur Adhärenz und Information zu Übertragungsrisiken ▪ **Setting:** Gruppe / ambulant ▪ **Besonderheiten:** eingesetzt als Attention Control und zur Kontrolle bekannter Wirkfaktoren einer Psychotherapie ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungs-manual verwendet ▪ Rating der Adhärenz des Therapeuten auf der Basis von Videoaufzeichnungen aus 70 Sitzungen	▪ 8 Sitzungen ▪ 1 Sitzung alle 2 Wochen ▪ 90 Minuten pro Sitzung ▪ 16 Wochen[c]	▪ 3 Therapeuten: 1 Psychologe, 1 Mediziner, 1 Sozialarbeiter (dieselben, die FT durchführten) ▪ Ausbildung in Familientherapie und Erfahrung mit psychodynamischer Psychotherapie, Lehranalyse / Selbsterfahrung sowie supervidierte Therapieerfahrung

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Slesnick 2016				
systemischer Studienarm	▪ **Ökologische Familientherapie (Ecologically-based Family Therapy, ÖFT)** ▪ **Ausrichtung:** systemisch, basierend auf der sozialökologischen Perspektive nach Bronfenbrenner [65] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** u. a. Analyse von Stärken, Schwächen und Bedürfnissen der Indexpatienten und Kinder, Identifikation familiärer Faktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Erkrankung, Reframing ▪ **Setting:** Familientherapie / ambulant oder zu Hause[e] ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungs-manual verwendet ▪ Supervision der Therapeuten ▪ Kontrolle der Therapietreue	▪ 12 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ geschulte und zugelassene Therapeuten bzw. Studenten
Kontroll-studienarm	**Gesundheitstraining (Women's Health Education, GT)** ▪ **Ausrichtung:** edukativ ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Informationen zu den Themen weiblicher Körper, Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, HIV-Erkrankung und sexuell übertragbare Krankheiten ▪ **Setting:** Einzel- oder Gruppentherapie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** Studienarm wurde als Attention Control verwendet ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ Behandlungs-manual verwendet [253]	▪ 12 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A.	▪ k. A.

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Stanton 1982				
systemischer Studienarm 1	**Systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy, SFT-MB)** ▪ **Ausrichtung:** strukturell-strategisch nach Minuchin [51] und Haley [69] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Fokus zuvorderst auf Etablierung und Stärkung von Grenzen, dann strategische Intervention; verwendete Techniken umfassen u a. positive Umdeutungen und Restrukturierung des Systems ▪ **Setting:** Familie / stationär ▪ **Besonderheiten:** jedes an der Therapie teilnehmende Familienmitglied über 12 Jahren erhielt 5$ pro Sitzung sowie zusätzliche Teilnahme an einer Geldlotterie sofern IP einen negativen Urintest hat ▪ **Begleittherapie:** Patienten waren in einem Methadonprogramm	▪ wöchentliche Supervision der Therapeuten	▪ 10 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 4,5–5 Monate	▪ 9 männliche Familientherapeuten (im Mittel 3,3 Jahre Erfahrung)
systemischer Studienarm 2	**Systemische Familientherapie (Unpaid Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** siehe Beschreibung Studienarm SFT-MB ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** siehe Beschreibung Studienarm SFT-MB ▪ **Setting:** Familie / stationär ▪ **Besonderheiten:** keine Bezahlung der Familienmitglieder und keine Teilnahme an Geldlotterie ▪ **Begleittherapie:** Patienten waren in einem Methadonprogramm	▪ wöchentliche Supervision der Therapeuten	▪ 10 Sitzungen ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 4,5–5 Monate	▪ 9 männliche Familientherapeuten (im Mittel 3,3 Jahre Erfahrung)

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
Kontroll-studienarm	**Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment, Film-MB)** ▪ **Ausrichtung:** n. a. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** Vorführung von 10 anthropologischen Filmen über Familien in unterschiedlichen Kulturen ▪ **Setting:** Familie / stationär ▪ **Besonderheiten:** jedes an der Therapie teilnehmende Familienmitglied über 12 Jahren erhielt 5$ pro Sitzung sowie zusätzliche Teilnahme an einer Geldlotterie sofern IP einen negativen Urintest hat ▪ **Begleittherapie:** Patienten waren in einem Methadonprogramm	▪ k. A.	▪ 10 Sitzungen ▪ wöchentlich ▪ k. A. ▪ 4,5–5 Monate[f]	▪ n. a.
Ziegler-Driscoll 1977				
systemischer Studienarm 1	**Systemische Familientherapie (Conjoint Family Therapy, SFT)** ▪ **Ausrichtung:** strukturell-strategisch nach Minuchin [51] und Haley [69] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** Familie / stationär ▪ **Besonderheiten:** k. A. ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 45–60 Tage	▪ 4–5 Familien-therapeuten

(Fortsetzung)

Tabelle 264: Charakterisierung der Prüf- und Vergleichsinterventionen sowie Angaben zum betrachteten Vergleich (Fortsetzung)

Studie / Studienarm	Ausrichtung und Komponenten der Intervention	Maßnahmen zur Standardisierung der Intervention	Anzahl, Frequenz, Dauer Sitzungen, Behandlungszeitraum	Qualifikation der Therapeuten
systemischer Studienarm 2	**Systemische Familientherapie ohne IP (Relatives' Group, SFT-OI)** ▪ **Ausrichtung:** strukturell-strategisch nach Minuchin [51] und Haley [69] ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** Familie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** IP nahm an Sitzungen nicht teil ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 45–60 Tage	▪ 4–5 Familien-therapeuten
Kontroll-studienarm	**Kontrollstudienarm (Control Group, KG)** ▪ **Ausrichtung:** k. A. ▪ **Ablauf / Methoden / Techniken:** k. A. ▪ **Setting:** Familie / ambulant ▪ **Besonderheiten:** IP und Angehörige, die in keine Therapie eingebunden waren ▪ **Begleittherapie:** k. A.	▪ k. A.	▪ k. A. ▪ k. A. ▪ k. A. ▪ 45–60 Tage	▪ 4–5 Familien-therapeuten

a: Studie wurde in einer gemeindenahen Einrichtung zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen durchgeführt.
b: empirische Angabe (d. h. Angabe nicht zur geplanten, sondern zur tatsächlichen Struktur der Intervention)
c: Angaben zu Behandlungsdauer, -zeitraum, Sitzungsdauer und / oder Frequenz sind aus Angaben der Publikation geschlossen.
d: abgeleitet aus Bezeichnung der Studienteilnehmer als „ambulante Opiatkonsumenten"
e: Die Zuteilung der Patientinnen zum ambulanten und häuslichen Setting der ökologischen Familientherapie erfolgte randomisiert. Da es zwischen beiden systemischen Gruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Substanzkonsums gab, führt die Publikation Slesnick 2016 die Patientinnen beider Gruppen zusammen und berichtet nur deren kombinierte Ergebnisse.
f: Die Angabe von 4,5–5 Monaten Studiendauer ist der Studie übernommen, sie ist aber diskrepant von der Beschreibung von 10 Filmvorführungen, jeweils eine pro Woche.

Film-MB: Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment); GG: Gesundheitsgruppe (Health Group); GKB: geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Treatment); HIV: humanes Immundefizienzvirus; k. A.: keine Angaben; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); n. a.: nicht anwendbar; ÖFT: ökologische Familientherapie (Ecologically-based Family Therapy); ÖSFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); PLT: Problemlösetherapie (Problem Solving Therapy); PT-RL: Psychotherapie-Richtlinie [1]; SB: Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment); SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy; Family Therapy; Conjoint Family Therapy, Unpaid Family Therapy); SFT-MB: systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy); SFT-OI: systemische Familientherapie ohne Indexpatinet (Relatives' Group)

A3.10.2 Angaben zur Operationalisierung extrahierter Endpunkte

In der folgenden Tabelle werden die Operationalisierungen aller Endpunkte im Störungsbereich Substanzkonsumstörung dargestellt, die für die vorliegende Nutzenbewertung relevant sind und zu denen verwertbare Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien vorliegen.

Tabelle 265: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten

Studie	**Endpunkte**										
	Mortalität	**Morbidität**									
			Symptomatik Substanzkonsum								
	Gesamtmortalität	**Teilremission Substanz- / Opioidkonsumstörung**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)**
Bennun 1988	–	–	–	–	–	–	SADQ-Gesamtscore	–	–	–	–
Yandoli 2002	Anzahl während der Studienphase gestorbener Patienten	Anzahl Heroin-abstinenter Patienten	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Feaster 2010	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ASI: Anzahl Tage, an denen in den letzten 30 Tagen Alkohol bzw. Drogen konsumiert wurde

(Fortsetzung)

Tabelle 265: Operationalisierung relevanter Endpunkte mit verwertbaren Daten (Fortsetzung)

Studie	**Endpunkte**										
	Mortalität	**Morbidität**									
			Symptomatik Substanzkonsum								
	Gesamtmortalität	**Teilremission Substanz- / Opioidkonsumstörung**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)**	**Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)**	**Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)**
Slesnick 2016	–	–	Form-90: kein Alkohol-konsum in letzten 90 Tagen	Form-90: kein Kokain-konsum in letzten 90 Tagen	Form-90: kein Opioid-konsum in letzten 90 Tagen	Form-90: kein Marihuana-konsum in letzten 90 Tagen	Form-90: Anteil Tage der letzten 90 Tage mit Alkohol-konsum	Form-90: Anteil Tage der letzten 90 Tage mit Kokain-konsum	Form-90: Anteil Tage der letzten 90 Tage mit Opioid-konsum	Form-90: Anteil Tage der letzten 90 Tage mit Marihuana-konsum	–
Stanton 1982	Anzahl während der Studienphase gestorbener Patienten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ziegler-Driscoll 1977	–	Anzahl Substanz-abstinenter Patienten	–	–	–	–	–	–	–	–	–

–: keine Daten extrahiert
ASI: Addiction Severity Index [254]; Form-90: Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors [255]; SADQ: Severity of Alcohol Dependence Questionaire [256]

A3.10.3 Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene ist in der folgenden Tabelle 266 dargestellt.

Tabelle 266: Verzerrungspotenzial auf Studienebene

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungs-sequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Keine sonstigen Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Studienebene
			Patient	Behandelnde Personen			
Bennun 1988	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Yandoli 2002	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Feaster 2010	ja	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[f]
Slesnick 2016	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Stanton 1982	unklar[a]	unklar[g]	nein[c]	nein[d]	ja	ja	hoch[e]
Ziegler-Driscoll 1977	unklar[a]	unklar[b]	nein[c]	nein[d]	nein[h]	ja	hoch[i]

a: keine Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz
b: unzureichende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung
c: Keine Angaben zu Maßnahmen zur Patientenverblindung. Somit wird eine fehlende Verblindung angenommen, da davon auszugehen ist, dass rekrutierte Patienten über alle Behandlungsalternativen informiert wurden und sie (ggf. unter Zuhilfenahme weiterer Informationsquellen) in der Lage waren, ihre Gruppenzugehörigkeit zu erschließen.
d: Bei der Anwendung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist davon auszugehen, dass die behandelnde Person weiß, welche Behandlung sie durchführt.
e: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz sowie zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
f: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung.
g: Umschläge werden nicht als seriennummeriert und undurchsichtig beschrieben.
h: Es werden lediglich Daten zu einem Endpunkt berichtet.
i: Die Einstufung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus den fehlenden bzw. unzureichenden Angaben zur Erzeugung der Randomisierungssequenz, zur Verdeckung der Gruppenzuteilung sowie wegen einer ergebnisabhängigen Berichterstattung.

A3.10.4 Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie

Zum Vergleich systemische Therapie versus Richtlinientherapie liefert 1 Studie verwertbare Ergebnisse (Bennun 1988).

A3.10.4.1 Endpunkt Mortalität

Zum Endpunkt Mortalität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.10.4.2 Endpunkt Morbidität

A3.10.4.2.1 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

A3.10.4.2.1.1 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Tabelle 267 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad).

Tabelle 267: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Bennun 1988	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: nur 12 (75 %) von 16 Familien ausgewertet
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der inadäquaten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Tabelle 268 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) für die Auswertungszeitpunkte 6 Monate und 1 Jahr.

Tabelle 268: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Bennun 1988	SADQ-Gesamtscore	SFT vs. PLT	0	k. A.	44,0 (10,7)	n. a.	k. A.	46,2 (9,4)	n. a.	k. A.	n. a.
			6	k. A.	19,2 (9,6)	k. A.	k. A.	21,7 (8,4)	k. A.	−0,26 [−1,39; 0,88]; 0,660[a]	k. A.
			12	k. A.	21,0 (11,2)	k. A.	k. A.	22,8 (12,6)	k. A.	−0,14 [−1,27; 0,99]; 0,810[a]	k. A.

a: Standardisierte Mittelwertdifferenz (Hedges' g), eigene Berechnung basieren auf N = 6 Patienten pro Studienarm.

k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; PLT: Problemlösetherapie (Problem Solving Therapy); SADQ: Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (Wertebereich 0–60, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); SD: Standardabweichung; SFT: systemische Familientherapie (Systemic Family Therapy); vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) wurde der Gesamtscore des Severity of Alcohol Dependence Questionaire [256] verwendet. Mit mäßiger Ergebnissicherheit zeigten die Studienergebnisse zu den Auswertungszeitpunkten 6 Monate und 1 Jahr (auf Basis eigener Berechnungen) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.10.4.2.1.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit einer Richtlinientherapie festgestellt.

A3.10.4.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.10.4.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.10.4.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in der eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.10.5 Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung liefern 2 Studien verwertbare Ergebnisse (Slesnick 2016, Yandoli 2002).

A3.10.5.1 Endpunkt Mortalität

A3.10.5.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 269 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität.

Tabelle 269: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Yandoli 2002	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch[a]

a: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 270 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität für die Auswertungszeitpunkte 1 und 5 Jahre.

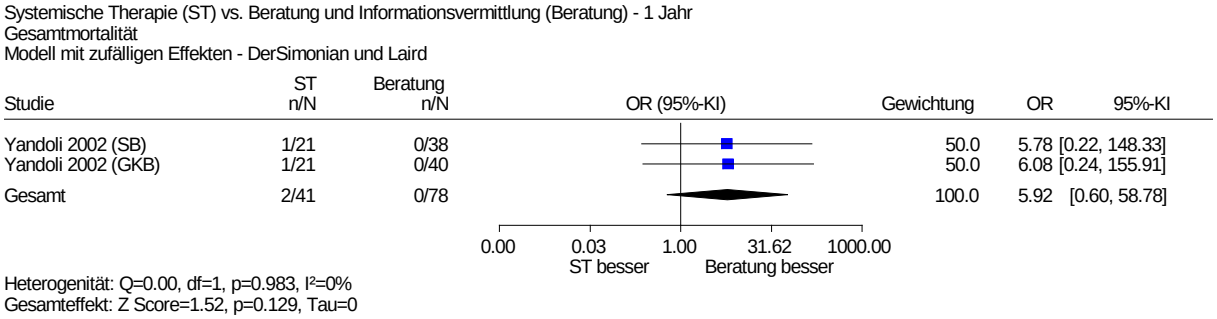
Tabelle 270: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Yandoli 2002	Gesamtmortalität	SFT vs. SB	12	41	2 (4,9)	38	0 (0)	5,13 [0,24; 110,20]; 0,208[a]
			60	41	3 (7,3)	38	2 (5,3)	1,42 [0,22; 9,00]; 0,771[a]
		SFT vs. GKB	12	41	2 (4,9)	40	0 (0)	5,13 [0,24; 110,20]; 0,208[a]
			60	41	3 (7,3)	40	0 (0)	7,00 [0,35; 140,13]; 0,101[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

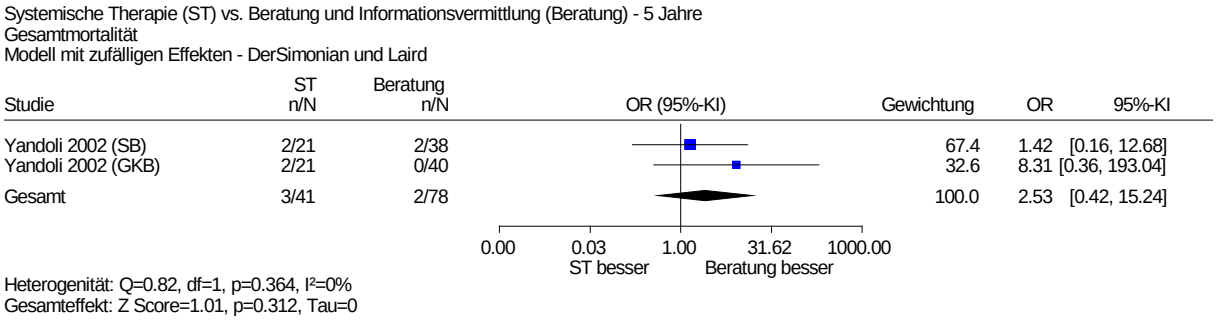
GKB: geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SB: Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment); SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); vs.: versus

Da die Studie Yandoli 2002 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Komparatoren des Bereichs Beratung und Informationsvermittlung testet, wurden die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst. Abbildung 68 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Gesamtmortalität zum Auswertungszeitpunkt 1 Jahr, Abbildung 69 die Ergebnisse der Metaanalyse zum Endpunkt Gesamtmortalität zum Auswertungszeitpunkt 5 Jahre.



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Yandoli 2002 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1,5 Ereignissen und 20,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 68: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 1 Jahr



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Yandoli 2002 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 1,5 Ereignissen und 20,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 69: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 5 Jahren

Hinsichtlich des Endpunkts Gesamtmortalität liegen aus einer Studie Ergebnisse mit einer mäßigen qualitativen Ergebnissicherheit zu den Auswertungszeitpunkten 1 und 5 Jahre vor. Es zeigte sich jeweils keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,983 sowie p = 0,364). Die Zusammenfassung der Kontrollstudienarme zeigte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2 Endpunkt Morbidität

A3.10.5.2.1 Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Teilremission Opioidkonsumstörung

Tabelle 271 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung.

Tabelle 271: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Yandoli 2002	hoch	nein[a]	nein[b]	ja	ja	hoch[c]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Ersetzung hoher Anteile an fehlenden Werten durch Baselinewerte
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung und der inadäquaten Umsetzung des ITT-Prinzips.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Teilremission Opioidkonsumstörung

Tabelle 272 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung für die Auswertungszeitpunkte 6 Monate und 1 Jahr.

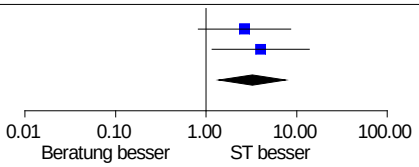
Tabelle 272: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Opioidkonsumstörung

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Yandoli 2002	Teilremission Opioidkonsumstörung[a]	SFT vs. SB	6	41	17 (41,5)	38	8 (21,1)	2,66 [0,98; 7,20]; 0,056[b]
			12	41	9 (22,0)	38	2 (5,3)	5,06 [1,02; 25,19]; 0,035[b]
		SFT vs. GKB	6	41	17 (41,5)	40	6 (15,0)	4,01 [1,38; 11,67]; 0,008[b]
			12	41	9 (22,0)	40	6 (15,0)	1,59 [0,51; 4,98]; 0,531[b]

a: Anzahl Heroin-abstinenter Patienten zum Auswertungszeitpunkt
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
GKB: geringer Kontakt – Behandlung (Low Contact Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SB: Standardbehandlung (Standard Clinic Treatment); SFT: systemische Familientherapie (Family Therapy); vs.: versus

Systemische Therapie (ST) vs. Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) - 6 Monate
Teilremission Opioidkonsumstörung
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	Beratung n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Yandoli 2002 (SB)	9/21	8/38		52.5	2.66	[0.82, 8.60]
Yandoli 2002 (GKB)	9/21	6/40		47.5	4.01	[1.17, 13.80]
Gesamt	17/41	14/78		100.0	3.23	[1.38, 7.57]



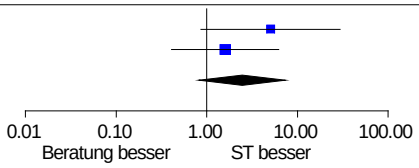
Heterogenität: Q=0.23, df=1, p=0.635, I²=0%
Gesamteffekt: Z Score=2.70, p=0.007, Tau=0

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Yandoli 2002 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 8,5 Ereignissen und 20,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 70: Metaanalyse zur Teilremission Opioidkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus. Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 6 Monaten

Systemische Therapie (ST) vs. Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) - 1 Jahr
Teilremission Opioidkonsumstörung
Modell mit zufälligen Effekten - DerSimonian und Laird

Studie	ST n/N	Beratung n/N	OR (95%-KI)	Gewichtung	OR	95%-KI
Yandoli 2002 (SB)	5/21	2/38		37.6	5.06	[0.87, 29.62]
Yandoli 2002 (GKB)	5/21	6/40		62.4	1.59	[0.41, 6.20]
Gesamt	9/41	8/78		100.0	2.46	[0.82, 7.38]



Heterogenität: Q=1.03, df=1, p=0.309, I²=3.2%
Gesamteffekt: Z Score=1.61, p=0.108, Tau=0.147

Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im ST-Arm der Studie Yandoli 2002 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 4,5 Ereignissen und 20,5 Patienten im ST-Arm).

Abbildung 71: Metaanalyse zur Teilremission Opioidkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus Beratung und Informationsvermittlung (Beratung) zu 1 Jahr

Da sich die Patienten der Studie Yandoli 2002 in einem Methadonentzugsprogramm befanden, wird der Anzahl Heroin-abstinenter Patienten als Operationalisierung des Endpunkts Teilremission einer Opioidkonsumstörung im Sinne des DSM-5 (Wegfall des häufigen Konsums von Opioiden in größeren Mengen) verstanden. Als teilremittierte Patienten wurden folglich alle Heroin-abstinenten Patienten gezählt. Für diesen Endpunkt liegen aus einer Studie Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit für 2 Auswertungszeitpunkte vor. Da die Studie Yandoli 2002 den Effekt der systemischen Therapie gegen 2 Komparatoren des Bereichs Beratung und Informationsvermittlung testet, wurden die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,635 und p = 0,309; Abbildung 70 und Abbildung 71).

In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus Beratung und Informationsvermittlung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen für den Auswertungszeitpunkt 6 Monate, jedoch nicht für den Auswertungszeitpunkt 1 Jahr. Insgesamt wird ein Anhaltspunkt für einen

Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

A3.10.5.2.2.1 Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz).

Tabelle 273: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Der Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Abstinenz) wurde über Patienten operationalisiert, die in dem Fragebogen Form-90 [255] über keinen Kokainkonsum in den letzten 90 Tagen berichten. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 1 des Modells entspricht, war nicht statistisch signifikant ($B = -0{,}25$; SE = 0,26; n. s.). Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.2 Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz).

Tabelle 274: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Der Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Abstinenz) wurde über Patienten operationalisiert, die in dem Fragebogen Form-90 [255] über keinen Opioidkonsum in den letzten 90 Tagen berichten. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 1 des Modells entspricht, war nicht statistisch signifikant ($B = 0{,}50$; SE = 0,44; n. s.). Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.3 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz).

Tabelle 275: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Der Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Abstinenz) wurde über Patienten operationalisiert, die in dem Fragebogen Form-90 [255] über keinen Alkoholkonsum in den letzten 90 Tagen berichten. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 1 des Modells entspricht, war nicht statistisch signifikant ($B = 0{,}26$; SE = 0,19; n. s.). Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.4 Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz).

Tabelle 276: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Der Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Abstinenz) wurde über Patienten operationalisiert, die in dem Fragebogen Form-90 [255] über keinen Marihuanakonsum in den letzten 90 Tagen berichten. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 1 des Modells entspricht, war nicht statistisch signifikant ($B = -0{,}25$; SE = 0,26; n. s.). Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.5 Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad).

Tabelle 277: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Kokainkonsum (Schweregrad) wurde der Anteil von Tagen, an denen in den letzten 90 Tagen Kokain konsumiert wurden, aus dem Form-90-Fragebogen [255] verwendet. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 2 des Modells entspricht, war statistisch signifikant ($B = -0{,}49$; SE = 0,21; $p < 0{,}05$). Allerdings kann aufgrund unklarer Angaben der Studienpublikation keine Bewertung der klinischen Relevanz des Ergebnisses erfolgen. Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.6 Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad).

Tabelle 278: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad)

Studie	**Verzerrungspotenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Opioidkonsum (Schweregrad) wurde der Anteil von Tagen, an denen in den letzten 90 Tagen Opioide konsumiert wurden, aus dem Form-90-Fragebogen [255] verwendet. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurden ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 2 des Modells entspricht, war nicht statistisch signifikant ($B = -0{,}04$; SE = 0,16; n. s.). Die Studienautoren beschreiben entsprechend, dass es keinen Effekt der Intervention gibt. Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.7 Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad).

Tabelle 279: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad)

Studie	**Verzerrungs-potenzial auf Studienebene**	**Verblindung Endpunkterheber**	**ITT-Prinzip adäquat umgesetzt**	**Ergebnis-unabhängige Berichterstattung**	**Fehlen sonstiger Aspekte**	**Verzerrungs-potenzial auf Endpunktebene**
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Alkoholkonsum (Schweregrad) wurde der Anteil von Tagen, an denen in den letzten 90 Tagen Alkohol konsumiert wurde, aus dem Form-90-Fragebogen [255] verwendet. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 2 des Modells entspricht, war statistisch signifikant ($B = -0{,}23$; SE = 0,11; $p < 0{,}05$). Allerdings kann aufgrund unklarer Angaben der Studienpublikation keine Bewertung der klinischen Relevanz des Ergebnisses erfolgen. Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.8 Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)

Tabelle 277 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad).

Tabelle 280: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Slesnick 2016	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterhebung.
ITT: Intention to treat

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Marihuanakonsum (Schweregrad) wurde der Anteil von Tagen, an denen in den letzten 90 Tagen Marihuana konsumiert wurde, aus dem Form-90-Fragebogen [255] verwendet. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurde ein 2-teiliges Wachstumskurvenmodell über alle Auswertungszeitpunkte (Baseline, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate, 18 Monate) angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Der relevante Behandlungseffekt, der dem Regressionsgewicht zwischen dem Prädiktor Intervention und der Steigung (Slope) in Teil 2 des Modells entspricht, war statistisch signifikant ($B = -0{,}23$; $SE = 0{,}11$; $p < 0{,}05$). Allerdings kann aufgrund unklarer Angaben der Studienpublikation keine Bewertung der klinischen Relevanz des Ergebnisses erfolgen. Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.2.2.9 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator Beratung und Informationsvermittlung festgestellt.

A3.10.5.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.10.5.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.10.5.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studie keine Daten berichtet.

A3.10.6 Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung

Zum Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung liefern 3 Studien verwertbare Ergebnisse (Feaster 2010, Stanton 1982, Ziegler-Driscoll 1977).

A3.10.6.1 Endpunkt Mortalität

A3.10.6.1.1 Endpunkt Gesamtmortalität

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 281 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität.

Tabelle 281: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Stanton 1982	hoch	unklar	ja	ja	ja	hoch[a]

a: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zur Gesamtmortalität

Tabelle 282 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität für den Auswertungszeitpunkt 3 Jahre.

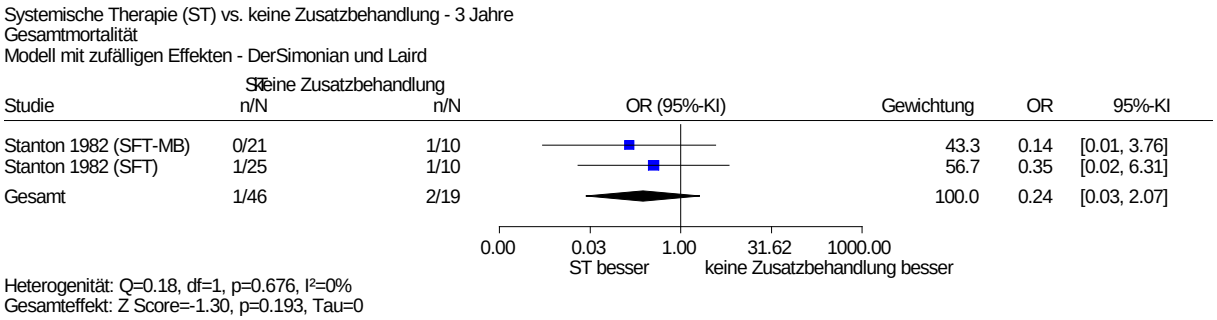
Tabelle 282: Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtmortalität

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Monate)	Systemischer Studienarm		Kontrollstudienarm		Gruppenunterschied
				N	Patienten mit Ereignissen n (%)	N	Patienten mit Ereignissen n (%)	OR [95 %-KI]; p-Wert
Stanton 1982	Gesamtmortalität	SFT-MB vs. Film-MB	36	21	0 (0)	19	2 (11)	0,16 [0,01; 3,62]; 0,159[a]
		SFT vs. Film-MB	36	25	1 (4)	19	2 (11)	0,35 [0,03; 4,23]; 0,562[a]

a: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])

Film-MB: Filmvorführung mit Bezahlung (Family Movie Treatment); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SFT: systemische Familientherapie (Unpaid Family Therapy); SFT-MB: systemische Familientherapie mit Bezahlung (Paid Family Therapy); vs.: versus

Da die Studie Stanton 1982 den Effekt von 2 systemischen Studienarmen gegen den Komparator keine Zusatzbehandlung testet, wurden die Ergebnisse der Studienarme meta-analytisch zusammengefasst. Abbildung 72 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Gesamtmortalität zum Auswertungszeitpunkt 3 Jahre.



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudien der Studie Stanton 1982 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 9,5 Patienten im Kontrollstudienarm).

Abbildung 72: Metaanalyse zur Gesamtmortalität, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 3 Jahren

Hinsichtlich des Endpunkts Gesamtmortalität liegen aus der Studie Stanton 1982 Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit für den Auswertungszeitpunkt 3 Jahre vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,676). In der meta-analytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.10.6.2 Endpunkt Morbidität

A3.10.6.2.1 Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Teilremission Substanzkonsumstörung

Tabelle 283 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung.

Tabelle 283: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Ziegler-Driscoll 1977	hoch	unklar[a]	ja	unklar[b]	ja	hoch[c]

a: Aus den Angaben in der Studienpublikation ist nicht eindeutig ersichtlich, ob die Endpunkterheber verblindet waren.
b: Genaue Operationalisierung des Endpunkts ist unklar. Ebenso ist unklar, wieso nur für den Auswertungszeitpunkt 4–6 Monate Ergebnisse pro Studienarm dargestellt werden.
c: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der unklaren Angaben zur Verblindung der Endpunkterhebung und zur Operationalisierung des Endpunkts.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung

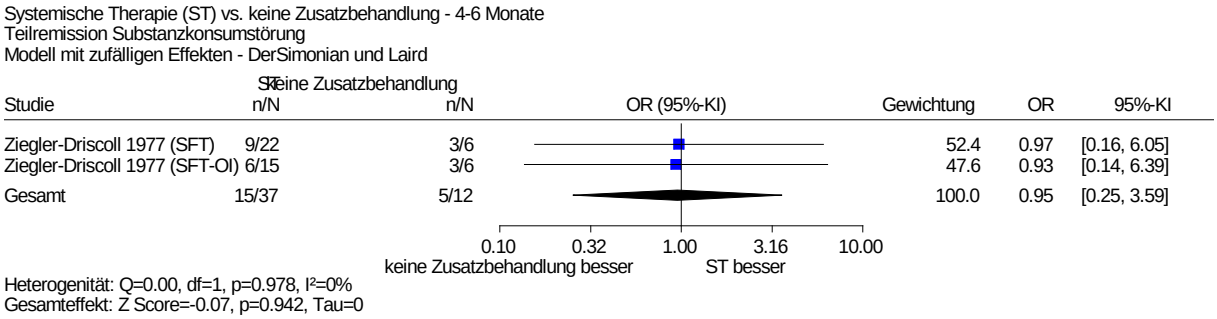
Tabelle 284 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung für den Auswertungszeitpunkt 4 bis 6 Monate.

Tabelle 284: Ergebnisse zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung

Studie	**Instrument / Operationalisierung**	**Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontroll-studienarm)**	**Zeitpunkt (Monate)**	**Systemischer Studienarm**		**Kontrollstudienarm**		**Gruppenunterschied**
				N	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**N**	**Patienten mit Ereignissen n (%)**	**OR [95 %-KI]; p-Wert**
Ziegler-Driscoll 1977	Teilremission Substanzkonsum-störung[a]	SFT vs. KG	4–6	22	9 (41)	12	5 (42)	0,97 [0,23; 4,04]; > 0,999[b]
		SFT-OI vs. KG	4–6	15	6 (40)	12	5 (42)	0,93 [0,20; 4,37]; 0,987[b]

a: Anzahl Substanz-abstinenter Personen zum Auswertungszeitpunkt
b: eigene Berechnung des Effekts, 95 %-KI (asymptotisch) und p-Wert (unbedingter exakter Test; CSZ-Methode nach [190])
KI: Konfidenzintervall; KG: Kontrollstudienarm (Control Group); N: Anzahl der randomisierten Patienten; n: Anzahl Patienten mit Ereignis; OR: Odds Ratio; SFT: systemische Familientherapie (Conjoint Family Therapy); SFT-OI: systemische Familientherapie ohne Indexpatient (Relatives' Group); vs.: versus

Da die Studie Ziegler-Driscoll 1977 den Effekt von 2 systemischen Studienarmen gegen den Komparator keine Zusatzbehandlung testet, wurden die Ergebnisse der Studienarme metaanalytisch zusammengefasst. Abbildung 73 zeigt die Ergebnisse der metaanalytischen Zusammenfassung zum Endpunkt Teilremission Substanzkonsumstörung zum Auswertungszeitpunkt 4 bis 6 Monate.



Die Anzahl an Patienten und Ereignissen im Kontrollstudienarm der Studie Ziegler-Driscoll 1977 wurde halbiert (die Berechnungen der OR erfolgten mit jeweils 2,5 Ereignissen im Kontrollstudienarm).

Abbildung 73: Metaanalyse zur Teilremission Substanzkonsumstörung, systemische Therapie (ST) versus keine Zusatzbehandlung zu 4 bis 6 Monaten

Die Operationalisierung des Endpunkts entspricht einer Teilremission einer Substanzkonsumstörung im Sinne des DSM-5 (Wegfall des häufigen Konsums der Substanz in größeren Mengen). Als teilremittierte Patienten wurden folglich alle abstinenten Patienten gezählt. Für diesen Endpunkt liegen aus der Studie Ziegler-Driscoll 1977 Ergebnisse mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit für den Auswertungszeitpunkt 4 bis 6 Monate vor. Es zeigte sich keine Heterogenität der Effekte (Interaktionstest: p = 0,978).

In der metaanalytischen Zusammenfassung zeigte sich für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es wird daher kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

Zusätzlich zur Studie Ziegler-Driscoll 1977 werden auch in der Studie Stanton 1982 für den Vergleich systemische Therapie versus keine Zusatzbehandlung Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum berichtet. In der vorliegenden Nutzenbewertung werden diese Ergebnisse allerdings nicht berücksichtigt, da die in der Studienpublikation berichtete Signifikanztestung sich auf einem Vergleich randomisierter und nicht randomisierter Patienten bezieht. Eine eigene Berechnung des Vergleichs auf Basis der randomisierten Patienten ist nicht möglich, da keine Angaben für die Streuung in der Studienpublikation berichtet wird.

A3.10.6.2.2 Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

A3.10.6.2.2.1 Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)

Verzerrungspotenzial der Ergebnisse zur Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)

Tabelle 285 zeigt die Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch).

Tabelle 285: Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene: Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)

Studie	Verzerrungspotenzial auf Studienebene	Verblindung Endpunkterheber	ITT-Prinzip adäquat umgesetzt	Ergebnis-unabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene
Feaster 2010	hoch	nein[a]	ja	ja	ja	hoch[b]

a: Aufgrund der Erhebung der Endpunkte durch Patienten bzw. behandelnde Personen wird eine fehlende Verblindung angenommen.
b: Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ergibt sich aus dem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene sowie der fehlenden Verblindung der Endpunkterheber.
ITT: Intention to treat

Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)

Tabelle 286 zeigt die Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) für den Auswertungszeitpunkt 4 Monate, 8 Monate und 1 Jahr.

Tabelle 286: Ergebnisse zum Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch)

Studie	Instrument / Operationalisierung	Vergleich (systemischer Studienarm vs. Kontrollstudienarm)	Zeitpunkt (Mon.)	Systemischer Studienarm			Kontrollstudienarm			Gruppenunterschied (Mittelwertdifferenz)	
				N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	N	Werte MW (SD)	Änderung zu Baseline MW (SD)	Messwert [95 %-KI]; p-Wert	Änderung zu Baseline [95 %-KI]; p-Wert
Feaster 2010	ASI[a]	ÖSFT vs. GG	0	59	1,5[b] (k. A.)	n. a.	67	3,9[b] (k. A.)	n. a.	k. A.[c]	n. a.
			4	59	3,2[b] (k. A.)	k. A.	67	2,9[b] (k. A.)	k. A.	k. A.[c]	k. A.
			8	59	4,0[b] (k. A.)	k. A.	67	2,8[b] (k. A.)	k. A.	k. A.[c]	k. A.
			12	59	2,8[b] (k. A.)	k. A.	67	3,8[b] (k. A.)	k. A.	k. A.[c]	k. A.

a: ASI: Anzahl Tage, an denen in den letzten 30 Tagen Alkohol bzw. Drogen konsumiert wurde.
b: Die Werte sind aus Abbildung 2 der Publikation [118] entnommen.
c: In der Studie werden Ergebnisse linearer und quadratischer Modelle über alle Auswertungszeitpunkte berichtet, aber keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Die relevanten Behandlungseffekte, die dem Interaktionsterm „Gruppe x Zeit“ entsprechen, waren nicht statistisch signifikant. In der Diskussion beschreiben die Studienautoren entsprechend, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Höhe des Substanzkonsums zwischen den Studienarmen gab.

ASI: Addiction Severity Index (Wertebereich 0–60, höhere Werte indizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik); GG: Gesundheitsgruppe (Health Group); k. A.: keine Angaben; KI: Konfidenzintervall; MW: Mittelwert; N: Anzahl der randomisierten Patienten; n. a.: nicht anwendbar; ÖSFT: ökostrukturelle Familientherapie (Structural Ecosystems Therapy); SD: Standardabweichung; vs.: versus

Als Operationalisierung des Endpunkts Symptomatik Substanzkonsum (unspezifisch) wurde die Anzahl an Tagen, an denen in den letzten 30 Tagen Alkohol bzw. Drogen konsumiert wurden, aus dem Addiction Severity Index [254] verwendet. Zur Testung der Gruppenunterschiede wurden lineare und quadratische Modelle über alle Auswertungszeitpunkte angepasst. Es wurden keine Gruppenunterschiede zu einzelnen Auswertungszeitpunkten dargestellt. Die relevanten Behandlungseffekte, die dem Interaktionsterm „Gruppe x Zeit“ entsprechen, waren nicht statistisch signifikant. In der Diskussion beschreiben die Studienautoren entsprechend, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Höhe des Substanzkonsums zwischen den Studienarmen gab. Auf Basis der Studienergebnisse mit mäßiger Ergebnissicherheit wird somit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.10.6.2.2.2 Nutzenaussage für die Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum

In der Gesamtschau der Ergebnisse für alle Endpunkte der Endpunktkategorie Symptomatik Substanzkonsum wird kein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie verglichen mit dem Komparator keine Zusatzbehandlung festgestellt.

A3.10.6.3 Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zum Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.10.6.4 Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Zum Endpunkt allgemeines und soziales Funktionsniveau einschließlich Arbeits- und Erwerbsfähigkeit werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A3.10.6.5 Endpunkt unerwünschte Ereignisse

Zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse werden in den eingeschlossenen Studien keine Daten berichtet.

A4 Kommentare

Nachfolgend werden die Ergebnisse der vorliegenden Nutzenbewertung kommentiert. Sofern thematisch zutreffend, werden auch Aspekte aus der Anhörung zum Vorbericht gewürdigt. In Abschnitt A4.3 werden alle wesentlichen Aspekte der Anhörung gewürdigt, die in den Abschnitten A4.1 und A4.2 noch nicht adressiert wurden.

A4.1 Bericht im Vergleich zu anderen systematischen Übersichten

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden 2 systematische Übersichten ([257,258]) identifiziert, die der Fragestellung des vorliegenden Berichts entsprechen.

Die systematische Übersicht von Sydow 2007 [8] bildete die Grundlage des Gutachtens zur wissenschaftlichen Anerkennung der systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie [5]. In der aktuellsten Publikation von 2010 [259] wurden 38 Studien zur Untersuchung der systemischen Therapie bei psychischen Störungen eingeschlossen. 34 der 38 Studien wurden als sogenannte erfolgreiche Studien bewertet; dort zeigte sich die systemische Therapie in der Bewertung der Autoren

- im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Intervention oder zu einer medizinischen Standardbehandlung als signifikant wirksamer bzw.
- im Vergleich zu etablierten Behandlungsverfahren (bspw. zur kognitiven Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie) als ebenso wirksam oder wirksamer.

Die Autoren bilanzieren, dass die Wirksamkeit der systemischen Therapie besonders gut dokumentiert sei bei Depressionen, Substanzkonsumstörungen, Essstörungen, Schizophrenie und bei psychischen und sozialen Faktoren von somatischen Erkrankungen. Obwohl sich diese Einschätzung in der Gesamtschau mit den Ergebnissen der vorliegenden Nutzenbewertung deckt, sind zwischen der Übersichtsarbeit von Sydow 2010 und der vorliegenden Nutzenbewertung wichtige Unterschiede auszumachen:

- Der Studienpool der eingeschlossenen Studien unterschied sich zwischen von Sydow 2010 und dem vorliegenden Bericht: 25 der 38 bei von Sydow 2010 eingeschlossenen Studien wurden auch in den vorliegenden Bericht eingeschlossen, 13 Studien entsprachen hingegen nicht den Einschlusskriterien. Der Grund hierfür waren unklare Publikationsangaben, aus denen u. a. nicht eindeutig hervorging, dass die Prüfintervention ein (überwiegend) systemisches Verfahren war (in 8 Fällen). Des Weiteren schloss von Sydow 2010 neben RCTs auch Studien ein, bei denen eine Randomisierung nicht oder nicht eindeutig vorlag. Da für die systemische Therapie und alle berücksichtigten Endpunkte eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar ist, wurden in die vorliegende Nutzenbewertung ausschließlich RCTs eingeschlossen.
- Die Arbeit von Sydow 2010 wird von den Autoren als sogenannte Metainhaltsanalyse (Meta-Content Analysis) beschrieben: Im Falle eines statistisch signifikanten

Studienergebnisses zugunsten der systemischen Therapie wurde die Studie als erfolgreiche Studie bewertet. Beim Vorliegen mehrerer Endpunkte und Auswertungszeitpunkte in einer Studie reichte ein statistisch signifikantes Ergebnis bezüglich eines Endpunkts zu einem Auswertungszeitpunkt zugunsten der systemischen Therapie für die Bewertung als erfolgreiche Studie aus. Als zusammenfassende Analyse wurde nur die Anzahl erfolgreicher Studien bestimmt. Die Bewertungen und Schlussfolgerungen der Autoren wurden keiner statistischen Testung unterzogen. Im Unterschied dazu erfolgte in der vorliegenden Nutzenbewertung eine endpunktspezifische Bewertung der systemischen Therapie mittels statistischer Tests (z. T. wurden Metaanalysen durchgeführt).

- Die Studienbewertung bei von Sydow erfolgte lediglich auf Basis statistischer Signifikanz; eine Bewertung der klinischen Relevanz der beobachteten Effekte erfolgte nicht.
- Die Auswahl der verwendeten Endpunkte umfasst bei von Sydow auch nicht patientenrelevante Endpunkte gemäß § 35 b SGB V wie bspw. Drop-out-Raten bzw. die Teilnahmebereitschaft oder Therapietreue. Im Unterschied dazu wurden im vorliegenden Bericht ausschließlich patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt.

In die Übersichtsarbeit Pinquart 2014 [258] wurden 37 RCTs eingeschlossen (davon 27 Studien, die auch in die Arbeit von Sydow 2010 eingeschlossen wurden). Im Unterschied zu von Sydow 2010 – und vergleichbar mit dem vorliegenden Bericht – wurden bei Pinquart 2014 ausschließlich RCTs eingeschlossen und die Studienergebnisse metaanalytisch ausgewertet. Unterschiede zur vorliegenden Arbeit zeigen sich allerdings hinsichtlich der eingeschlossenen Studien, der betrachteten Störungsbereiche, der Auswahl der betrachteten Endpunkte sowie der Einteilung der Vergleichsinterventionen:

- Der Studienpool der eingeschlossenen Studien unterscheidet sich zwischen Pinquart 2014 und dem vorliegenden Bericht: 26 der 37 von Pinquart eingeschlossenen Studien wurden auch in den vorliegenden Bericht eingeschlossen, 11 Studien entsprachen nicht den Einschlusskriterien. Der Grund hierfür waren unklare Publikationsangaben, aus denen u. a. nicht eindeutig hervorging, dass die Prüfintervention ein (überwiegend) systemisches Verfahren war (in 7 Fällen) oder dass die Studienpopulation erwachsene Personen mit einer psychischen Störung umfasste (in 3 Fällen). Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Studienpools ist der Umgang mit Studien zum Störungsbereich körperliche Erkrankungen, welche bei Pinquart 2014 explizit ausgeschlossen wurden.
- Weitere Unterschiede zwischen Pinquart 2014 und dem vorliegenden Bericht betreffen die Auswahl der betrachteten Endpunkte. So betrachtet Pinquart 2014 ausschließlich Morbiditätsendpunkte; Endpunkte zur Mortalität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder zum Funktionsniveau wurden nicht berücksichtigt. Darüber hinaus sind bei Pinquart die Angaben zur Auswahl der verwendeten Endpunkte nicht nachvollziehbar, da nur ein Endpunkt pro Studie und dieser lediglich als standardisierte Mittelwertdifferenz mittels

Hedges' g berichtet wurde – ohne Angaben dazu, welche Originalskala dieser jeweils zugrunde lag. Bei Studien mit mehreren Morbiditätsendpunkten bleibt somit bspw. unklar, welcher Endpunkt in die Metaanalyse einging, aus welchem Grund genau dieser verwendet wurde und ob bzw. auf welche Art die Werte der Originalskala in standardisierte Mittelwerte transformiert wurden.

- Auch gibt es Unterschiede zwischen Pinquart 2014 und der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Einteilung der Studien nach Vergleichsinterventionen: Primär verglich Pinquart 2014 die systemische Therapie mit Kontrollgruppen ohne eine aktive Behandlung sowie mit Kontrollgruppen mit einer aktiven Behandlung (exklusive Pharmakotherapie). Bei einer Kontrollgruppe, die lediglich eine pharmakologische Begleitbehandlung umfasste, wurde die begleitende Pharmakotherapie als separater Komparator betrachtet.

An dieser Stelle ist es aber wichtig anzumerken, dass trotz der aufgeführten Unterschiede die Ergebnisse der Studie Pinquart 2014, welche die Fragestellung des vorliegenden Berichts betreffen, zumindest anteilig den vorliegenden Ergebnissen entsprechen: So ermittelt Pinquart 2014 für die Störungsbereiche affektive Störungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Schizophrenie und somatoforme Störungen eine statistisch signifikante standardisierte Mittelwertdifferenz (in Form von Hedges' g) zugunsten der systemischen Therapie und schlussfolgert auf dieser Basis, dass die systemische Therapie bei diesen Störungsbildern wirksam sei.

A4.2 Kritische Reflexion des Vorgehens

A4.2.1 Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen

Bei der Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen wurde es als sinnvoll angesehen, die Anwendungsbereiche gemäß § 22 der PT-RL zu berücksichtigen, um dem G-BA in seinen folgenden Beratungen eine spezifische Bewertung der Anwendungsbereiche der PT-RL zu ermöglichen. Als Anwendungsbereiche werden Krankheitsbilder bzw. Diagnosegruppen verstanden, bei denen gemäß PT-RL die Anwendung von Psychotherapie indiziert ist. Störungen wurden zu Störungsbereichen bis zum Aggregationsgrad der Anwendungsbereiche der PT-RL zusammengefasst, sodass der Aggregationsgrad im vorliegenden Bericht nicht über den der Anwendungsbereiche der PT-RL hinausgeht. Bei einer kleinteiligeren Betrachtung von Störungen wäre gegebenenfalls eine andere Bewertung erfolgt als bei einer gemeinsamen Betrachtung von Störungen, die in der PT-RL einem Anwendungsbereich zugeordnet sind (vor allem die Möglichkeit einer metaanalytischen Zusammenfassung von Studien kann zu anderen Bewertungsergebnissen führen als die Bewertung einzelner Studien): Gleichermaßen nicht zielführend wäre sowohl eine gröbere Zusammenfassung von Störungen über mehrere Störungsbereiche hinweg als auch eine alternative Zusammenfassung von Störungen gewesen. Derartige Zusammenfassungen würden verhindern, den Nutzen der systemischen Therapie hinsichtlich jedes Anwendungsbereichs der PT-RL bewerten zu können.

Die Orientierung an den Anwendungsbereichen der PT-RL hat zur Folge, dass die gewählte Einteilung hinsichtlich zweier Störungsbereiche womöglich einer Einteilung nach klinischen Gesichtspunkten widerspricht:

- Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen
- Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen

Angst- und Zwangsstörungen wurden in der vorliegenden Nutzenbewertung gemeinsam in einem Störungsbereich betrachtet. Da es für beide Störungsgruppen keine nahe liegende Zuordnung zu einem anderen Störungsbereich zu geben scheint, wäre alternativ eine getrennte Betrachtung beider Störungsgruppen möglich gewesen. Hierzu ist anzumerken, dass de facto eine getrennte Betrachtung erfolgte, da es für beide Störungsgruppen keine gemeinsamen Endpunkte gab, die eine metaanalytische Zusammenfassung möglich gemacht hätten.

Für den Störungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ergibt sich die Möglichkeit einer Alternativklassifikation der bipolaren Störungen: Mit Blick auf die Zusammenfassung der bipolaren Störungen und der depressiven Störungen im DSM-5 oder in der ICD-10 unter der Rubrik der affektiven Störungen hätten beide Störungsgruppen in der vorliegenden Nutzenbewertung gemeinsam betrachtet werden können. In der PT-RL werden die bipolaren Störungen zusammen mit der Schizophrenie im Anwendungsbereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen zusammengefasst.

Im vorliegenden Bericht wurde die Studie Miller 2004 als einzige Studie zur bipolaren Störung eingeschlossen und dem Bereich Schizophrenie und affektive psychotische Störungen zugeordnet. Es erscheint nun die Frage gerechtfertigt, ob und inwieweit eine alternative Zuordnung der Studie Miller 2004 zu anderen Nutzenaussagen für die betreffenden Störungsbereiche führen würde. Vor diesem Hintergrund wurde der Störungsbereich Schizophrenie und affektive Störungen ohne Miller 2004 und der Störungsbereich depressive Störungen nun unter zusätzlicher Berücksichtigung von Miller 2004 neu bewertet.

- Die Berücksichtigung der Studie Miller 2004 im Störungsbereich depressive Störungen führte für keinen der in diesem Störungsbereich betrachteten Endpunkte zu anderen Nutzenaussagen: Die in Miller 2004 berichteten Endpunkte Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik sowie Zeit bis Symptomverbesserung manische und depressive Symptomatik ließen sich mit keinem der im Störungsbereich depressive Störungen berücksichtigten Endpunkte gemeinsam betrachten. Zugleich ergab sich für beide Endpunkte kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie im Vergleich zu Beratung und Informationsvermittlung oder im Vergleich zum Komparator keine Zusatzbehandlung.
- Der Ausschluss der Studie Miller 2004 aus dem Störungsbereich Schizophrenie und andere affektive psychotische Störungen führte für keinen der in diesem Störungsbereich verbleibenden Endpunkte zu anderen Nutzenaussagen, da keine gemeinsame Betrachtung der verbleibenden Endpunkte und der Endpunkte aus Miller 2004 möglich war.

Wichtig ist an dieser Stelle die Erwähnung, dass die Orientierung an den Anwendungsbereichen der PT-RL explizit nicht die Frage des Einschlusses von Studien in die Nutzenbewertung betrifft. So erfolgte kein Ausschluss von Studien, deren Population nicht eindeutig Anwendungsbereichen der PT-RL zuzuordnen war. Dies gilt für die Störungsbereiche gemischte Störungen, Demenz und körperliche Erkrankungen. Für diese Studien konnte nicht sicher bestimmt werden, ob und inwieweit deren Studienpopulationen den Kriterien der in § 22 der PT-RL genannten Anwendungsbereiche genügten. Daher erfolgt die Berücksichtigung der Evidenz derartiger Studien in spezifischen Störungsbereichen. Beispielsweise wurden in den Störungsbereich körperliche Erkrankungen Studien zu 8 unterschiedlichen körperlichen Erkrankungen (bzw. 9 Erkrankungen bei getrennter Zählung der Studienpopulationen der Studien Priebe 2001 und Rakowska 2015) eingeschlossen. Eine Alternative zur Zusammenfassung dieser Studien in einem spezifischen Störungsbereich wäre neben einer einzelnen Betrachtung aller Studien die Zuordnung der Studien zu bestimmten psychischen Störungen oder der Verzicht auf eine Nutzenbewertung auf Basis dieser Studien. Eine Zuordnung der Studien zu bestimmten psychischen Störungen war aufgrund unzureichender Angaben in den Publikationen nicht möglich: Es blieb unklar, ob die eingeschlossenen Patienten neben den jeweiligen körperlichen Erkrankungen an einer (und ggf. wenn ja, an welcher) psychischen Störung litten. Vor diesem Hintergrund erschien die Berücksichtigung solcher Studien in einem gesonderten Störungsbereich, der keine direkte Entsprechung zu den Anwendungsbereichen der PT-RL hat, sinnvoll.

A4.2.2 Zusammenfassung von Vergleichsinterventionen

Die im vorliegenden Bericht verwendete Einteilung der Vergleichsinterventionen bzw. Komparatoren in

- andere Psychotherapie,
- Beratung und Informationsvermittlung (ohne Psycho- und Pharmakotherapie) und
- keine Zusatzbehandlung

gruppiert die Studien in 2 aktive Vergleichsgruppen und 1 nicht aktive. Mit der Einteilung in psychotherapeutische und nicht psychotherapeutische Interventionen sollte den Unterschieden zwischen der Psychotherapie und eher beratenden, unterstützenden Maßnahmen Rechnung getragen werden. Psychotherapeutische Interventionen beruhen auf Theorien über normales und pathologisches Verhalten, aus denen sich Behandlungsstrategien zur systematischen Beeinflussung von psychischen Störungen ergeben. Diese werden zumeist in einem geplanten interaktionalen Prozess zusammen mit den Patienten umgesetzt [260]. Hingegen werden in dem vorliegenden Bericht unter beratenden, nicht psychotherapeutischen Interventionen primär informationsvermittelnde Interventionen verstanden. Diese können in Form von psychoedukativen Sitzungen wie auch in Form von ermutigend-unterstützenden Konsultationen erbracht werden. Als zentraler Unterschied gilt nach Perrez und Baumann [261] der Veränderungsprozess, welcher bei psychotherapeutischen Interventionen vom The-

rapeuten begleitet wird, während er bei beratenden Interventionen nach einer initialen Beratung / Edukation ohne Begleitung erfolgt.

Die Vergleichsgruppe „keine Zusatzbehandlung“ umfasst vorrangig nicht aktive Kontrollinterventionen, die keinen primären therapeutischen Zweck besitzen. Hierunter fallen u. a. Scheininterventionsgruppen bzw. Attention-Control-Gruppen zur Kontrolle bekannter Wirkfaktoren einer Psychotherapie oder Wartelistengruppen, in denen tatsächlich keine Behandlung stattfindet. Darüber hinaus werden dieser Vergleichsgruppe auch solche Vergleichsinterventionen zugerechnet, die als Sockeltherapie im Interventions- und Vergleichsstudienarm gleichermaßen Anwendung finden (Sockel- oder Begleitbehandlung). Da unter Vernachlässigung von Wechselwirkungen zwischen der Sockeltherapie und Prüfintervention die Wirkung einer Sockeltherapie für Patienten im Interventions- und Vergleichsarm vergleichbar sein sollte (und nur Patienten im Interventionsarm eine zusätzliche Behandlung erhalten), werden Patienten mit alleiniger Sockeltherapie als Patienten ohne zusätzliche Behandlung gedeutet. Allerdings muss bei der Interpretation von Ergebnissen dieses Vergleichs beachtet werden, dass diese nur für solche Patientengruppen gelten, die die beschriebene Form der Sockel- bzw. Begleittherapie erhalten.

Für den vorliegenden Bericht erschien eine gesonderte Betrachtung der verschiedenen Vergleiche der systemischen Therapie versus keine Zusatzbehandlung nicht notwendig, da diese Vergleiche in keinem untersuchten Störungsbereich zusammen auftraten. Studien mit einer Scheininterventionsgruppe oder keiner tatsächlichen Behandlung wurden in die Störungsbereiche Demenz und Substanzkonsumstörung, Studien mit einer Begleittherapie in die Störungsbereiche Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen sowie Schizophrenie und andere affektive Störungen eingeschlossen. Somit fand eine gemeinsame Bewertung und Analyse beider Typen dieser Vergleichsgruppe nicht statt.

A4.2.3 Umgang mit potenziellem Publikationsbias

Eine wesentliche Voraussetzung für die Validität einer Nutzenbewertung ist die möglichst vollständige Verfügbarkeit der Ergebnisse aller durchgeführten Studien. Insbesondere ist eine Verzerrung durch das systematische Fehlen von Studien zu befürchten, die keinen Vorteil der systemischen Therapie zeigen (Publikationsbias). Die Auswirkungen eines selektiven, nicht vollständigen Studienpools sind hinreichend bekannt [262].

Vor diesem Hintergrund soll an dieser Stelle nicht unbesprochen bleiben, dass im vorliegenden Bericht ein Bias durch selektives Berichten nicht ausgeschlossen werden kann. So ist bspw. der Antwort auf die Autorenanfrage zur Studie unklarer Relevanz „Counselling to reduce anxiety and depressive symptoms in women with a new diagnosis of gynaecological cancer“ [97] zu entnehmen, dass die Studie zwar durchgeführt wurde, die Ergebnisse jedoch nicht publiziert wurden (siehe auch Abschnitt 4.8.5). Da der Registrierungspflicht, die seit etwa 10 Jahren für medizinische RCTs gilt, in der Psychotherapieforschung bislang kaum nachgekommen wurde (im vorliegenden Bericht wurden lediglich 2 der 42 eingeschlossenen Studien vorab in einem Studienregister registriert), lässt sich insgesamt nicht abschätzen,

inwieweit ganze Studien unpubliziert blieben oder negative Einzelergebnisse in Publikationen selektiv weggelassen wurden. Ein grober Vergleich der Ergebnisse großer und kleiner Studien lässt jedoch nicht erkennen, dass – wie beim Publikationsbias üblich [263] – kleine Studien mit negativen Ergebnissen selektiv in der Menge der publizierten Informationen fehlen, womit die Datengrundlage des vorliegenden Berichts als hinreichend aussagekräftig und diesbezüglich vermutlich nur gering verzerrt angesehen werden kann.

A4.2.4 Begründung für die Nichtdurchführung einer Suche in chinesischen Datenbanken

Im Rahmen des Berichtsplans war auf die Anregung einer Stellungnahme hin festgelegt worden, eine zusätzliche Suche in chinesischen Datenbanken wie beispielsweise in der China National Knowledge Infrastructure (CNKI) zu erwägen.

Im Rahmen der Informationsbeschaffung wurden 6 relevante chinesischsprachige Studien identifiziert, die unter anderem in systematischen Übersichten enthalten waren. Damit werden also einige chinesische Studien, die auch in anderen Reviews als relevant betrachtet wurden, in die Nutzenbewertung eingeschlossen.

Es wurde auf dieser Basis geprüft, inwieweit eine Suche in chinesischen Datenbanken im Rahmen der Berichterstellung möglich und sinnvoll ist. Eine Sichtung der Datenbank CNKI ergab, dass diese zwar mit englischen Suchbegriffen durchsuchbar ist, jedoch eine angemessene Qualitätssicherung ohne Chinesischkenntnisse kaum möglich ist. Auch die externe Durchführung einer solchen Suche wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts als nicht sinnvoll angesehen: Da eine interne Qualitätssicherung nicht gegeben wäre, wäre nicht auszuschließen, dass diese mit aufwendigen Nacharbeiten verbunden wäre, die den fristgerechten Abschluss des Projekts gefährden würden.

In der Vergangenheit, aber auch aktuell ist die Verlässlichkeit chinesischsprachiger Publikationen zudem immer wieder kritisch diskutiert worden [264,265]. Auch in Anbetracht dieses Umstands ist unklar, inwiefern die vorliegende Nutzenbewertung für das deutsche Versorgungssystem durch den Einbezug einer nennenswerten Zahl weiterer chinesischsprachiger Publikationen an Aussagekraft gewinnen würde.

Vor diesem Hintergrund wurde nach gründlicher Abwägung auf eine Suche in chinesischen Datenbanken verzichtet. Die eingeschlossenen chinesischsprachigen Studien wurden in den systematischen Übersichten von Sydow 2010 [259] und Pinquart 2014 [258] identifiziert (davon war 1 Studie zusätzlich in der bibliografischen Recherche enthalten) und für die vorliegende Bewertung übersetzt. Die Arbeit Pinquart 2014 [258] deckt den Publikationszeitraum bis Mai 2014 ab.

A4.2.5 Begründung für das Vorgehen bei der bibliografischen Literaturrecherche

Bei der Fragestellung des Berichts handelt es sich um einen komplexen Sachverhalt, für dessen Recherche herkömmliche Suchquellen nicht ausgereicht hätten, um die gesamte Evidenz zu identifizieren.

Die Komplexität der Fragestellung ergab sich zum einen daraus, dass es sich bei der systemischen Therapie um eine vielgestaltige Psychotherapie handelt; dies gilt sowohl für die theoretischen Konzepte als auch für die verwendeten Techniken. Zum anderen werden in den bibliografischen Referenzen uneinheitliche Freitextbegriffe und Schlagwörter zur Beschreibung der verschiedenen systemischen Therapien verwendet. Selbst über eine übergeordnete Suche nur mit dem Oberbegriff „psychotherapy“ (z. B. im Titel, Abstract oder in den Schlagwörtern) hätte ein Drittel der eingeschlossenen Referenzen nicht gefunden werden können. Zudem war problematisch, dass der Begriff „systemische Therapie“ als Bezeichnung des Gesamtkonzepts international nicht verwendet wird; der englischsprachige Begriff „systemic therapy“ wird im internationalen Kontext meist in einem anderen Zusammenhang benutzt (z. B. zur Bezeichnung einer Chemotherapie).

Um eine umfassende Literaturrecherche für diese komplexe Fragestellung zu gewährleisten, war es daher notwendig, zusätzliche Suchtechniken zur Identifikation relevanter Studien anzuwenden (bspw. Sichtung von Referenzlisten, Nutzung der „Similar articles“-Funktion in PubMed sowie der „Times cited“-Funktion in Web of Sciences). Zudem wurden im Rahmen der Nachrecherche zum Abschlussbericht Anpassungen an die Suchstrategien vorgenommen.

Nach Abschluss der Informationsbeschaffung zeigte sich, dass nahezu ein Drittel der eingeschlossenen Studien ausschließlich über zusätzliche Suchquellen identifiziert werden konnte (vor allem durch die Sichtung von Referenzlisten). Trotz der Bewertung von rund 10 000 Referenzen, der Prüfung von über 3000 Volltexten und der Sichtung von 234 Referenzlisten von systematischen Übersichten zum Thema kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Studien existieren, die nicht identifiziert werden konnten. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass weitere Studien vorhanden sind, die das Berichtsfazit wesentlich beeinflussen könnten.

A4.3 Würdigung der Anhörung

Insgesamt wurden 3 Stellungnahmen zum Vorbericht frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Vorberichts überprüft. Die wesentlichen Argumente werden im Folgenden diskutiert. Neben projektspezifischen wissenschaftlichen Aspekten wurden auch übergeordnete Punkte, z. B. zu rechtlichen Vorgaben für das Institut, zu berufsrechtlichen Aspekten oder zu Aufgabenbereichen einzelner Fachverbände angesprochen. Auf solche Punkte wird im Rahmen dieser projektspezifischen Würdigung der Anhörung nicht weiter eingegangen.

Die wesentlichen Aspekte der eingegangenen Stellungnahmen werden in den nachfolgenden Abschnitten A4.3.1 bis A4.3.14 gewürdigt.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des Abschlussberichts gegenüber dem Vorbericht, die sich u. a. durch die Anhörung zum Vorbericht ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 bzw. A2.2 dargestellt.

A4.3.1 Anmerkungen zum Kapitel „Hintergrund“ und zu Definitionen der systemischen Therapie

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass sich die Definition der systemischen Therapie im Vorbericht an Schiepek 1999 [7] orientiere, wohingegen andere Definitionen (wie u. a. von von Sydow [8] oder von Schlippe [9]) lediglich erwähnt würden. Es wird die Befürchtung geäußert, dass im Hinblick auf die sozialrechtliche Anerkennung der systemischen Therapie eine anderslautende Definition als die bei der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie verwendete problematisch sei. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Die im Hintergrund zitierte Definition der systemischen Therapie (siehe Kapitel 1) wird als eine unter mehreren möglichen Definitionen eingeführt, deren prinzipielle Gültigkeit auch in der wissenschaftlichen Erörterung bestätigt wurde. Explizit geht die als beispielhaft aufgeführte Definition nicht mit einer Ausgrenzung von dieser Definition abweichender Auffassungen bezüglich der systemischen Therapie einher. Insbesondere hat sie keine Konsequenzen für die Entscheidung, welche Studien ein- bzw. ausgeschlossen werden. Der beispielhafte Charakter wird auch anhand eines Verweises auf Literatur mit alternativen Definitionen der systemischen Therapie deutlich: „andere Definitionen finden sich zum Beispiel bei von Sydow et al. [8] oder bei von Schlippe et al. [9]“. Daher ist keine Änderung des betreffenden Abschnittes erforderlich.

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass der Aspekt der Operationalisierung der Prüfintervention systemische Therapie unklar bleibe. Insbesondere werde nicht deutlich, wie die Festlegung, welche Interventionen dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen seien, genau erfolgt sei. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Dieser Einwand der Stellungnehmenden kann nachvollzogen werden. Vor diesem Hintergrund und zur Erhöhung der Transparenz des Berichts ist daher im vorliegenden Abschlussbericht das angewendete Prüfverfahren zur Beurteilung des Einschlusskriteriums E2 in dem Abschnitt zur Spezifizierung der Methodik ausführlich dargestellt (siehe Abschnitt A2.2).

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass psychotherapeutische Arbeit mit Paaren und Familien integraler Bestandteil jeder Aus- und Weiterbildung in systemischer Therapie sei. Vor diesem Hintergrund wird kritisiert, dass im Vorbericht als mögliche Settings systemischer

Therapie das Familiensetting, das Einzelsetting und das Gruppensetting, nicht jedoch das Paarsetting aufgeführt würden.

Die im Hintergrund aufgeführten Settings der systemischen Therapie stellen beispielhafte Settings dar und sind nicht als umfassende Liste aller Settings der systemischen Therapie zu verstehen. Der beispielhafte Charakter wird anhand des folgenden Wortlauts deutlich: „Hierzu zählen unter anderem das Familiensetting, das Einzelsetting oder das Gruppensetting“ (siehe Kapitel 1). Auch hat das Setting der systemischen Therapie keine Konsequenzen für die Entscheidung, welche Studien ein- bzw. ausgeschlossen werden. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass die im Kapitel 1 verwendete Formulierung „Die systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren (gemäß § 5 der PT-RL *des Gemeinsamen Bundesausschusses [G-BA] [1]) zur Behandlung von psychischen Störungen“ missverständlich sei.*

Der Zusatz in Klammern soll zum Ausdruck bringen, dass die systemische Therapie ein psychotherapeutisches Verfahren nach der Definition von Psychotherapieverfahren gemäß § 5 der PT-RL des G-BA ist. Der Passus soll nicht dahin gehend verstanden werden, dass die systemische Therapie ein psychotherapeutisches Verfahren ist, welches bereits in Deutschland als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ambulant erbracht werden kann. Zur Vermeidung des Missverständnisses wird im Abschlussbericht daher der Zusatz in Klammern näher erläutert.

A4.3.2 Anmerkungen zum Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen

In der Einordnung des Arbeitsergebnisses zum Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen wird die Aussage gemacht, dass anhand von Studien, die Patienten mit einer Angststörung untersuchten, hinsichtlich des Endpunkts Symptomverbesserung Zwang kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der systemischen Therapie festgestellt werden könne. In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass diese Aussage verzichtbar sei. Eine solche Verbesserung sei klinisch auch nicht zu erwarten, da Patienten mit einer reinen Angststörung in der Regel keine stärker ausgeprägte Zwangssymptomatik aufwiesen.

Dieser Auffassung wird gefolgt. Patienten mit einer Angststörung weisen regelhaft keine stärker ausgeprägte Zwangssymptomatik auf. Ein Nutzen der systemischen Therapie bei Angstpatienten lässt sich somit nicht beim Endpunkt Symptomverbesserung Zwang erwarten. Daher wird im Abschlussbericht der in der Stellungnahme angesprochene Passus nicht mehr aufgeführt.

A4.3.3 Anmerkungen zum Störungsbereich depressive Störungen

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass der Anhaltspunkt für einen geringeren Nutzen der systemischen Therapie gegenüber einer anderen Psychotherapie im Störungsbereich de-

pressive Störungen vernachlässigbar sei, da er auf einem Studienergebnis beruhe, welches schon im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen beschrieben werde.

Die Anmerkung der Stellungnehmenden ist dahin gehend nachvollziehbar, dass der beschriebene negative Effekt der systemischen Therapie bezüglich des Endpunkts Angstsymptomatik im Störungsbereich depressive Störungen eng verbunden ist mit dem negativen Effekt bezüglich des Endpunkts Vollremission Angst im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen. So weisen die Populationen für beide Störungsbereiche eine Überschneidung auf, es sind jedoch explizit nicht dieselben. Die Analysen zur Studie Knekt 2004 bezüglich des Endpunkts Angstsymptomatik für den Störungsbereich depressive Störungen basieren – anders als die Analysen zur Studie Knekt 2004 für die Störungsbereiche Angststörungen und Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen – auf der gesamten Studienpopulation, welche primär Patienten mit depressiven Störungen, aber daneben auch Personen mit Angst- und Persönlichkeitsstörungen umfasst. Auch die untersuchten Endpunkte (Vollremission Angst versus Angstsymptomatik) sind sich zwar ähnlich, aber sie erfassen qualitativ distinkte Sachverhalte. Daher wird der Schlussfolgerung der Stellungnehmenden nicht zugestimmt, aufgrund der Überschneidung den negativen Effekt der systemischen Therapie im Störungsbereich depressive Störungen als vernachlässigbar anzusehen. Der Endpunkt Angstsymptomatik ist auch in diesem Störungsbereich patientenrelevant und wird daher im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigt. Es ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

A4.3.4 Anmerkungen zum Störungsbereich Essstörungen

In 1 Stellungnahme wird gefargt, warum die Ergebnisse der Studie Castelnuovo 2011 in der Metaanalyse zum Störungsbereich Essstörungen nicht verwendet wurden. Dies war auch Thema der wissenschaftlichen Erörterung.

Die in der Stellungnahme angesprochene Metaanalyse betrifft den Endpunkt Teilremission. Dieser ist im Bericht so definiert, dass nicht mehr alle Kriteriensymptome bzw. diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllt sind. Das Remissionskriterium bei Castelnuovo 2011 lautet „weniger als 2 Binge-Eating-Attacken pro Woche“. Dieses Kriterium könnte nach dem DSM-IV [208] als adäquates Remissionskriterium gewertet werden, jedoch besaß die Binge-Eating-Störung im DSM-IV nur den Status einer Forschungsdiagnose. Das heißt, die vorhandenen Informationen zur potenziellen Erkrankung reichten noch nicht für eine tatsächliche Aufnahme in das Kategoriensystem des DSM aus. Die Kriterien sind explizit nur als Vorschlag zu sehen und sollten im Zuge der Forschung weiter evaluiert werden. Erst im DSM-5 [3] ist die Binge-Eating-Störung als eigenständige Diagnose hinzugefügt, jedoch heißt dort das entsprechende Diagnosekriterium „Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf“ und deckt sich somit nicht mit dem Kriterium bei Castelnuovo 2011. Daher wurde dieses Remissionskriterium bei Castelnuovo 2011 als nicht adäquat betrachtet. Die Studienergebnisse gehen aber als Endpunkt Symptomverbesserung Essanfälle in die Nutzenbewertung ein. Im Rahmen der

wissenschaftlichen Erörterung ergaben sich hierzu keine neuen Informationen. Es ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird gebeten, Tabelle 41 des Vorberichts dahin gehend zu korrigieren, dass 2 Studien systemische Therapie mit einer Richtlinienpsychotherapie vergleichen.

Der Stellungnahme wird entsprochen. Die Darstellung in Tabelle 41 des Vorberichts ist diesbezüglich fehlerhaft. In die Nutzenbewertung zum Störungsbereich Essstörungen gehen 2 Studien zum Vergleich der systemischen Therapie mit einer Richtlinienpsychotherapie ein. Dieser Fehler ist im Abschlussbericht korrigiert.

A4.3.5 Zuordnung von Kontrollinterventionen zu annerkannten Verfahren der PT-RL

In 1 Stellungnahme wird Unverständnis geäußert über die Anmerkungen in den Kapiteln zur Einordnung des Arbeitsergebnisses, dass Zuordnungen der Kontrollinterventionen zu einem der nach § 13 PT-RL anerkannten Psychotherapieverfahren mit Unsicherheit behaftet seien.

Die einschränkenden Anmerkungen in diesen Abschnitten zu Studien, die augenscheinlich eine Kontrollintervention der PT-RL verwenden, haben folgenden Grund: Die Überprüfung der Ausrichtung der Kontrollinterventionen im Sinne der PT-RL erfolgte nicht in der Tiefe und im Detailgrad, wie dies für die jeweiligen Prüfinterventionen hinsichtlich deren systemischer Ausrichtung erfolgte. So wurden bspw. nicht die Behandlungsmanuale gesichtet. Um dieser Unsicherheit Ausdruck zu verleihen, wurde in den jeweiligen Kapiteln zur Einordnung des Arbeitsergebnisses die Anmerkung eingefügt und erläutert, dass unklar ist, ob die Kontrollintervention genau dem Verständnis der PT-RL entspricht. Es ergibt sich daher keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

A4.3.6 Benennung des Vergleichs „systemische Therapie gegen Psychotherapie“

In 1 Stellungnahme wird kritisiert, dass durch die Benennung des Vergleichs „systemische Therapie gegen Psychotherapie“ impliziert werde, dass systemische Therapie keine Psychotherapie sei.

Systemische Therapie ist unzweifelhaft ein psychotherapeutisches Verfahren, wie auch zu Beginn von Kapitel 1 beschrieben. Die von der Stellungnahme kritisierte Formulierung bezieht sich auf die im Vorbericht verwendete Bezeichnung für den Vergleich zwischen der systemischen Therapie im Studienarm und einer anderen Psychotherapie im Kontrollstudienarm. Zur Erhöhung der Verständlichkeit wird im vorliegenden Abschlussbericht daher der Komparator in „andere Psychotherapie“ umbenannt.

A4.3.7 Angabe des Analyseprogramms

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, das statistische Analyseprogramm zur Berechnung der Metaanalysen zu benennen.

Dem Vorschlag der Stellungnahme wird entsprochen. Im Abschlussbericht ist das statistische Analyseprogramm mitangegeben (siehe Abschnitt A2.2).

A4.3.8 Anmerkungen zur Einschätzung des Verzerrungspotenzials

In 2 Stellungnahmen wird angemerkt, dass eine Verblindung der Patienten und der behandelnden Personen im Bereich der Psychotherapieforschung regelhaft nicht möglich sei und daher nicht gefordert werden könne. Vor diesem Hintergrund schlagen die Stellungnehmenden vor, den Aspekt der Verblindung und die diesbezüglichen Spezifika von Psychotherapiestudien einmalig zu beschreiben und in der Folge auf die sich wiederholenden Erläuterungen zu diesem Aspekt zu verzichten. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Die Verblindung stellt einen wichtigen Aspekt in der Bewertung des Verzerrungspotenzials einer Studie dar. Das Institut teilt die Einschätzung der Stellungnehmenden, dass eine Verblindung der Therapeuten wie auch der Patienten im Bereich von Psychotherapiestudien regelhaft nicht möglich ist. Jedoch kann eine fehlende Verblindung das Verzerrungspotenzial beeinflussen, ungeachtet dessen, ob es möglich ist, eine Studie verblindet durchzuführen. Der Aspekt der Verblindung muss also berücksichtigt werden. Das IQWiG bewertet auf Studienebene die Verblindung der behandelnden Personen und der Patienten und auf Endpunktebene, ob die Zielgrößenerhebung verblindet erfolgte. In der Regel führt eine fehlende Verblindung nicht zu einem hohen Verzerrungspotenzial auf Studienebene, sondern ist primär für das Verzerrungspotenzial auf Endpunktebene relevant. Dies ist durch den Einsatz von unabhängigen Endpunkterhebern auch im Bereich der Psychotherapieforschung meist machbar. In der wissenschaftlichen Erörterung ergaben sich diesbezüglich keine neuen Informationen.

Dem Vorschlag der Stellungnehmenden folgend werden aber die ausführlichen Erläuterungen zum Aspekt der Verblindung nur noch in den jeweiligen Tabellen zur Beschreibung des Verzerrungspotenzials auf Studien- und Endpunktebene dargelegt, in der Kurzfassung des Abschlussberichts wird auf die diesbezüglichen weiterführenden Erläuterungen zur Einschätzung des Verzerrungspotenzials verzichtet.

In 1 Stellungnahme wird die Forderung nach verblindeter Endpunkterhebung kritisiert: Es wird die Frage aufgeworfen, ob nicht (unverblindete) Patienten den Therapieerfolg besser einschätzen können als (verblindete) Endpunkterheber, und darauf hingewiesen, dass das Institut in diesem Zusammenhang auf die Stärkung der Patientenperspektive verzichte. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

In der wissenschaftlichen Erörterung wurde darauf hingewiesen, dass bei Bewertungen durch das Institut die Patientenperspektive den höchsten Stellenwert hat. Dies muss aber getrennt werden von dem Problem, dass Ergebnisse patientenberichteter Endpunkte in offenen Studien verzerrungsanfällig sind, was den Stellenwert der Ergebnisse einschränken kann (siehe Ausführungen oben).

An dieser Stelle sei daher herausgestellt, dass die vorliegende Bewertung den Nutzen der systemischen Therapie aus patientenberichteten wie auch aus fremdberichteten Endpunkten ableitet. Im vorliegenden Bericht wurde auf keinen patientenberichteten Endpunkt aus dem Grund verzichtet, weil es hierzu auch eine Fremdbewertung gab. Tatsächlich basiert insgesamt der überwiegende Anteil der verwendeten Endpunkte der Nutzenbewertung auf Selbstauskünften der Patienten. Es ergibt sich demnach keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Weiterhin wird in 2 Stellungnahmen angemerkt, dass mögliche fehlende Angaben in den Studienpublikationen zur Einschätzung des Verzerrungspotenzials (wie fehlende Angaben zur Verdeckung der Gruppenzuteilung oder zur Randomisierungssequenz) den Vorgaben des jeweiligen Journals geschuldet sein könnten. Gerade aufgrund der Wichtigkeit des Kriteriums der Verdeckung der Gruppenzuteilung wird in 1 Stellungnahme vorgeschlagen, bei Studien mit einem hohen Verzerrungspotenzial die Studienautoren um ergänzende Informationen zu bitten. In der anderen Stellungnahme wird diesbezüglich eine ausführliche Diskussion vorgeschlagen. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Es wird den Stellungnehmenden dahin gehend recht gegeben, dass psychologische und sozialwissenschaftliche Publikationen die Empfehlungen zur Berichterstattung (bspw. CONSORT-Statement [77]) bisher nur anteilig erfüllen: Informationen zur Verblindung, Generierung der Randomisierungssequenz oder auch zur Verdeckung der Gruppenzuteilung werden nur in einem Bruchteil der Publikationen berichtet [78]. Allerdings sind diese Aspekte integrale Bestandteile von RCTs zur Vermeidung von Verzerrungen und sollten daher in Publikationen berichtet werden. So umfasst auch das CONSORT-Statement [77] Empfehlungen für die Berichterstattung u. a. in Bezug auf Maßnahmen zur Sicherstellung der Verdeckung der Gruppenzuteilung oder der Geheimhaltung der Randomisierungssequenz. Ohne diesbezügliche Angaben in der Publikation kann eine potenzielle Verzerrung der Studie nicht ausgeschlossen werden.

Mit Blick auf den vorliegenden Bericht wurde von Autorenanfragen zu diesem Thema abgesehen, da nur bei 1 Studie zu einem einzelnen Endpunkt die Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch ausschließlich in den unklaren Angaben zur Verdeckung begründet war (Rakowska 2015: Endpunkt Reinfarkt). Bei allen weiteren Endpunkten gab es entweder klare Angaben zur Verdeckung oder zusätzlich zu den unklaren Angaben weitere Aspekte, die eine Einschätzung des Verzerrungspotenzials als hoch begründeten.

Die generelle Frage nach den Ursachen fehlender Angaben in Publikationen zu relevanten Aspekten des Verzerrungspotenzials ist unbenommen ein wichtiges Thema. Eine weiterführende Diskussion dieser Probleme kann aber nicht im Rahmen einer Nutzenbewertung geleistet werden. Es ergibt sich demnach keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird mit Verweis auf das Methodenpapier des IQWiG [266] der Einbezug nicht randomisierter Studien angeregt, da unter anderem keine großen Unterschiede in den

Effektstärken zwischen RCTs und Beobachtungsstudien existierten [267] und es des Weiteren Möglichkeiten zur Gewährleistung der Strukturgleichheit von Gruppen auch in nicht randomisierten Studien gebe [268].

Für die Bewertung des Nutzens eines Verfahrens mit einer ausreichenden Ergebnissicherheit bedarf es qualitativ guter Studien. Regelhaft liefern RCTs für die Bewertung des Nutzens die höchste Ergebnissicherheit. Der vonseiten der Stellungnehmenden zitierte Abschnitt des Methodenpapiers besagt, dass es im Falle einer Nichtverfügbarkeit von RCTs unter bestimmten Bedingungen erforderlich sein kann, auch nicht randomisierte Studien zu berücksichtigen (sofern diese bestimmten Qualitätsansprüchen genügen). Jedoch sind mit Blick auf den Bereich der Psychotherapieforschung im Allgemeinen und die Nutzenbewertung der systemischen Therapie im Speziellen RCTs möglich und verfügbar. Es sind in diesem Fall keine Gründe erkennbar, die einen Einbezug von nicht randomisierten Studien nötig erscheinen lassen.

Die Beschränkung auf RCTs wurde bereits im Rahmen der Anhörung zum vorläufigen Berichtsplan in der Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen (DWA) zum vorläufigen Berichtsplan gewürdigt, die im Internet veröffentlicht wurde [269]. Es ergibt sich demnach keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird kritisch angemerkt, dass sich das IQWiG in seinem Vorgehen im Vorbericht am CONSORT-Statement für medikamentöse Studien [77] orientiert habe und nicht an dessen Erweiterung für nicht medikamentöse Studien [270]. Dieser Punkt wurde auch in der wissenschaftlichen Erörterung diskutiert.

Das CONSORT-Statement enthält Vorgaben für Autoren zur Verbesserung der Berichterstattung über randomisierte Studien. Es handelt sich dabei nicht um ein Instrument zur Bewertung der Qualität von Studien. Dementsprechend wird im Bericht auch nur bei den Einschlusskriterien auf das CONSORT-Statement verwiesen (siehe Abschnitt A2.1.1). Dieser Verweis dient als Orientierung dafür, in welcher Detailtiefe eine Studie berichtet sein muss, um sie in die Bewertung einschließen zu können. Im Bericht wird auf das originäre CONSORT-Dokument für RCTs im Allgemeinen verwiesen. Ein Verweis auf die vorgeschlagene Erweiterung für RCTs bei nicht pharmakologischen Therapien würde keinen Unterschied machen, da in dieser Erweiterung die Vorgaben des originären CONSORT-Statements lediglich für nicht pharmakologische Therapien spezifiziert werden. Es ergibt sich somit keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird kritisch angemerkt, dass im Vorbericht zwar der Aspekt eines möglichen Publikationsbias an gesonderter Stelle behandelt werde, dieser aber nicht in der Kernaussage thematisiert werde.

Die Kernaussage dient einer sehr kurzen Darstellung der Fragestellung sowie des Fazits. Es ist nicht das Ziel der Kernaussage, weiterführende Punkte wie Konsequenzen des Berichts zu

besprechen. Diese werden in einem gesonderten Kapitel (siehe Abschnitt A4.2.3) adressiert. Es ergibt sich somit keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

A4.3.9 Anmerkungen zur Bewertung des Nutzens bzw. Schadens

In 1 Stellungnahme wird bemerkt, dass nicht leicht nachvollziehbar sei, wie die Schwellen für die unterschiedlichen endpunktbezogenen Nutzenaussagen (Beleg, Hinweis und Anhaltspunkt) konkret definiert seien. So sei bspw. in einem Störungsbereich auf der Basis von 9 eingeschlossenen RCTs lediglich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der systemischen Therapie abgeleitet worden.

Wie in den Allgemeinen Methoden (Abschnitt 3.1.4; [266]) beschrieben, wird die qualitative Ergebnissicherheit durch das Studiendesign sowie durch (endpunktbezogene) Maßnahmen zur weiteren Vermeidung oder Minimierung möglicher Verzerrungen (z. B. verblindete Zielgrößenerhebung, ITT-Auswertung) bestimmt.

Bei der Ableitung der Beleglage für einen Endpunkt sind die Anzahl der vorhandenen Studien, deren qualitative Ergebnissicherheiten sowie die in den Studien gefundenen Effekte von zentraler Bedeutung. Die regelhaft abgeleiteten Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen sind in der dortigen Tabelle 2 dargestellt.

In der hier konkret angefragten Situation berichtet von den 9 Studien nur jeweils 1 Studie pro Endpunkt berichtsrelevante Ergebnisse. Dementsprechend kann sich hier regelhaft nur ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden bezogen auf den jeweiligen Endpunkt ergeben. Es ergibt sich insgesamt keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, bei der Ableitung des Nutzens der systemischen Therapie den jeweiligen Komparator zu berücksichtigen. So sei der Hinweis auf einen Nutzen der systemischen Therapie im Vergleich zu einer psychodynamischen Kurzzeittherapie (bzw. zu einem Verfahren der PT-RL) entsprechend stark zu gewichten.

An dieser Stelle sei auf den Auftrag des G-BA an das IQWiG zur Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie verwiesen [271]. Die Bewertung des Nutzens erfolgte, wie auch in der Methodik des Berichtsplans dargestellt wurde [272], jeweils im Vergleich zu Komparatoren. Bezüglich der Vergleichsintervention gab es keine Einschränkungen (mit Ausnahme von Interventionen, die dem Verfahren der systemischen Therapie zugeordnet werden können, sowie mit Ausnahme von medikamentösen Behandlungen mit für die jeweilige Indikation in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln). Eine Beschränkung auf bestimmte Komparatoren fand nicht statt. Ein (größerer) Nutzen der systemischen Therapie konnte somit auf Basis von Vergleichen zu aktiven Komparatoren (wie Psychotherapieverfahren) wie auch zu nicht aktiven Komparatoren (bspw. bei keiner Zusatzbehandlung) festgestellt werden. Auch gab es keine Einschränkung der Komparatoren hinsichtlich derer Versorgungsrelevanz für den deutschen Kontext. Eine Bewertung der Komparatoren und eine damit einhergehende Gewichtung der Ergebnisse (und somit eine mögliche Differenzierung zwischen Nutzen und

Zusatznutzen) fanden nicht statt. Es ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird bemängelt, dass ungeklärt sei, nach welchen Regelungen das 4-stufige Bewertungsschema des IQWiG (hinsichtlich der Aussagen Beleg, Hinweis, Anhaltspunkt für einen Nutzen sowie keine der vorgenannten Aussagen) in die Bewertungstaxonomie des G-BA (Nachweis / kein Nachweis) überführt werde, und es wird eine diesbezügliche Anpassung der IQWiG-Bewertung vorgeschlagen. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Das IQWiG ist ein fachlich unabhängiges Institut und bewertet den Nutzen der systemischen Therapie auf Basis der Allgemeinen Methoden [266] und der im Berichtplan spezifizierten Methodik [272]. Dies umfasst auch die Bewertung der qualitativen Ergebnissicherheit hinsichtlich der Aussagen Anhaltspunkt, Hinweis, Beleg bzw. keine der vorgenannten Aussagen. Es kann keine Aussage darüber getroffen werden, wie der G-BA die Aussagen zur Ergebnissicherheit bei der Anwendung der Bewertungstaxonomie (Nachweis bzw. kein Nachweis) berücksichtigt. Es ergibt sich somit keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird kritisiert, dass das IQWiG den Auftrag des G-BA zur Bewertung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie dahin gehend nicht erfüllt habe, dass keine Bewertung des Schadens vorgenommen worden sei. Auch erfolge im Vorbericht lediglich die Nennung des Begriffs „Nutzenbewertung“ im Gegensatz zum Begriff „Schadenbewertung“.

Der Begriff „Nutzenbewertung“ umfasst sowohl die Bewertung des Nutzens als auch diejenige des Schadens. Tatsächlich konnte im Bericht eine Bewertung des Schadens nur sehr lückenhaft erfolgen, da keine der eingeschlossenen Studien explizit Daten zu unerwünschten Ereignissen berichtet. Vor diesem Hintergrund erfolgt im Abschnitt 4.12 des Abschlussberichts eine zusammenfassende Einordnung des Arbeitsergebnisses zu unerwünschten Ereignissen wie auch deren kritsiche Bewertung für den vorliegenden Bericht.

A4.3.10 Abfolge und Gliederung der Nutzenbewertung anhand der Indikationen für Psychotherapie gemäß PT-RL

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die Nutzenbewertung zur besseren Übersicht in Bezug auf die Ergebnisse an den Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß § 22 PT-RL zu orientieren.

Zu der in der Stellungnahme angesprochenen Orientierung der Nutzenbewertung an den Anwendungsbereichen der PT-RL sei auf die erweiterte Diskussion in Abschnitt A4.2.1 verwiesen. Dort erfolgen eine kritische Auseinandersetzung mit der in der Nutzenbewertung angewendeten Orientierung an den Anwendungsbereichen der PT-RL sowie eine Diskussion zu Konsequenzen für die Nutzenbewertung bei einer alternativen Zusammenfassung von Studien zu Störungsbereichen.

A4.3.11 Berücksichtigung weiterer Vorteile der systemischen Therapie

In 2 Stellungnahmen wird angeregt, die häufig kürzere Therapiedauer bzw. geringere Therapiedosis der systemischen Therapie gegenüber den Kontrollinterventionen in der Bewertung des Nutzens zu berücksichtigen. So wird bspw. die Befürchtung geäußert, dass die kurzen Therapiedauern zu einer Unterschätzung der Therapieeffekte der systemischen Therapie führen könnten, die bei einer flexiblen Dauer und Intensität erreichbar seien.

Wir stimmen dem Argument für Studien zum Vergleich systemische Therapie versus andere Psychotherapie dahin gehend zu, dass als Kontrollintervention verwendete Psychotherapien zumeist eine längere Therapiedauer aufweisen. Dieser Punkt ist aber weniger als ein Nutzenaspekt denn vielmehr als ein gesundheitsökonomischer Punkt bzw. als nicht patientenrelevanter Endpunkt Behandlungsaufwand zu sehen. Eine Therapie, welche in der Hälfte der Zeit denselben Therapieeffekt zeigt wie eine Vergleichstherapie, wäre unter diesem Gesichtspunkt als kosteneffizienter zu bewerten. Da der Auftrag des G-BA an das IQWiG lediglich eine Nutzen- und keine Kosten-Nutzen-Bewertung umfasst, sind im Bericht nur Fragen der Effektivität adressiert.

Die vonseiten der Stellungnehmenden postulierte Befürchtung einer Benachteiligung der systemischen Therapie wird nicht geteilt: Es ist anzunehmen, dass die Ermittlung einer notwendigen Therapiedosis für einen jeweilig definierten Therapieerfolg in der Regel vor einer vergleichenden Therapiestudie in Vorstudien erfolgt und diese Eingang in das Behandlungsmanual findet. Bei einer Behandlung gemäß Manual ist somit anzunehmen, dass die Therapiedosis austreichend hoch ist. Es ergibt sich demnach keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird angeregt, auch „Kosten-Nutzen-Befunde“ umfassend zu berücksichtigen. Hier wird darauf Bezug genommen, dass laut der Konkretisierung des Auftrags Fragen zur Wirtschaftlichkeit der Methode, die im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert werden, vom Institut an den G-BA übermittelt werden; außerdem werden verschiedene Studien zu gesundheitsökonomischen Aspekten angeführt [26,122,273-283]. In einer anderen Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass die systemische Therapie auch bei volkswirtschaftlich besonders kostenintensiven Störungen (bspw. Krebserkrankungen oder Schizophrenie) wirksam sei.

Gesundheitsökonomische Bewertungen oder Analysen sind nicht Inhalt des Auftrags. Vor diesem Hintergrund erfolgte auch keine Auseinandersetzung damit, inwiefern die in den eingeschlossenen Studien behandelten Erkrankungen mehr oder weniger kostenintensiv sind.

Gesundheitsökonomische Studien, die im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert bzw. im Rahmen der Anhörungen vorgelegt wurden und an den G-BA weitergeleitet werden, kann dieser im Rahmen seiner weiteren Beratungen berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die Endpunkte Patientenzufriedenheit und Drop-out-Raten in der Nutzenbewertung zu berücksichtigen. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Als patientenrelevante Endpunkte werden in den Allgemeinen Methoden [266] solche Endpunkte verstanden, welche erfassen, wie ein Patient fühlt, ob und wie er seine Funktionen und Aktivitäten wahrnehmen kann oder ob er überlebt. Für die vorliegende Nutzenbewertung wurden als patientenrelevante Endpunkte Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, allgemeines und soziales Funktionsniveau, unerwünschte Ereignisse sowie Hospitalisierung betrachtet (siehe auch die diesbezüglichen Angaben im Berichtsplan [272]). Die vorgeschlagenen Endpunkte Patientenzufriedenheit und Drop-out-Raten werden nicht als patientenrelevante Endpunkt verstanden. Die Effektivität einer Behandlung ermisst sich primär nicht daran, ob und wie viele Patienten mit ihrer Therapie zufrieden sind bzw. wie viele Patienten die Therapie beenden. Relevant sind Endpunkte, die eine Feststellung therapiebedingter Veränderungen im Zusammenhang mit dem Störungsbild erlauben. Darüber hinaus ist mit Blick auf den vorgeschlagenen Endpunkt Drop-out-Raten ohne Angabe von Gründen nicht ersichtlich, ob ein solcher Therapieabbruch als Schadenendpunkt (bspw. Therapieabbruch aufgrund von unerwünschten Ereignissen) oder als Nutzenendpunkt (bspw. Therapieabbruch aufgrund einer Vollremission) zu bewerten ist. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die in der Studienpublikation Knekt 2011 [79] zur Studie Knekt 2004 dargestellten Ergebnisse zu den Endpunkten Vollremission Angststörung zum Auswertungszeitpunkt 5 Jahre zu berücksichtigen.

Dem Vorschlag dieser Stellungnahme wird gefolgt. Aus der Publikation Knekt 2011 [79] sind die Ergebnisse zu den Endpunkten Vollremission Angststörung und Vollremission depressive Störung zu entnehmen. Diese werden im Abschlussbericht berücksichtigt (siehe Abschnitte A3.2.4.2.1 und A3.8.4.2.1).

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die in der Studienpublikation Rakowska 2011 [139] dargestellten Ergebnisse für Patienten mit und ohne eine komorbide Persönlichkeitsstörung zu berücksichtigen.

Diesem Vorschlag wird gefolgt. Die Studienpopulation bei Rakowska 2011 besteht zu gleichen Teilen aus Patienten mit einer Angststörung und aus Patienten mit einer Angststörung und einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Im Abschlussbericht werden die Ergebnisse zu den Endpunkten Vollremission Angststörung, Symptomverbesserung Angst und Symptomverbesserung interpersonelle Unsicherheit im Rahmen von Subgruppenanalysen berücksichtigt (siehe Abschnitte A3.2.5.2.1, A3.2.5.2.2.1 und A3.2.5.2.3).

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, den Nutzen der systemischen Therapie auch hinsichtlich derer präventiven Wirkung zu untersuchen, da sich die Versorgungsrelevanz der

systemischen Therapie nicht allein auf die Behandlung von Krankheiten beschränke, sondern auch deren Vorbeugung betreffe.

Der Auftrag des G-BA an das IQWiG umfasst die Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie bei Erwachsenen mit psychischen Störungen. Dementsprechend beschreibt das Kriterium E1 für den Studieneinschluss als Zielpopulation der Nutzenbewertung erwachsene Personen mit einer psychischen Störung. Eine Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie bei nicht erkrankten Personen zur Vorbeugung einer Erkrankung ist nicht Bestandteil des Auftrags. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

A4.3.12 Anmerkungen zum Studienpool des Vorberichts

Systematische Übersichtsarbeiten

In 1 Stellungnahme wird mit Blick auf im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigte systematische Übersichtsarbeiten vorgeschlagen, die aggregierten Effekte dieser Arbeiten stärker zu berücksichtigen.

An dieser Stelle scheint ein Missverständnis vorzuliegen und es sei auf die im Berichtsplan spezifizierte Methodik verwiesen [272]. Dort ist beschrieben, dass als relevant erachtete systematischen Übersichten in deutscher oder englischer Sprache hinsichtlich weiterer relevanter Publikationen bzw. Studien gesichtet werden. Sofern die dort ermittelten und als relevant erachteten Studien die Einschlusskriterien erfüllten, wurden deren Ergebnisse zur Bewertung des Nutzens der systemischen Therapie verwendet. Insgesamt wurden in systematischen Übersichten 19 relevante Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechercheschritte gefunden werden konnten (siehe Abschnitt A3.1.2.1). Es ist nicht erforderlich, die aggregierten Effekte aus publizierten systematischen Übersichtsarbeiten zu verwenden, weil die selbst durchgeführte Aggregation der Ergebnisse aus Primärstudien eine verlässlichere und detailliertere Analyse der Berichtsfragestellung erlaubt. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Autorenanfragen bei Studien unklarer Relevanz und bei fehlenden Informationen

In 2 Stellungnahmen wird angeregt, für im Vorbericht aufgeführte Studien unklarer Relevanz Autorenanfragen durchzuführen. Ebenfalls wurde in beiden Stellungnahmen vorgeschlagen, bei eingeschlossenen Studien Autorenanfragen zur Ergänzung vorhandener Informationen durchzuführen. Dieses Thema kam auch in der wissenschaftlichen Erörterung zur Sprache.

Den Vorschlägen in den Stellungnahmen wird mit Blick auf die Studien unklarer Relevanz zugestimmt. Für den Abschlussbericht wurden daher bei Studien unklarer Relevanz die Autoren um zusätzliche Informationen gebeten, um die Relevanz der Studien auf dieser Basis sicher bewerten zu können. Die Ergebnisse der Autorenanfragen sind in Abschnitt A3.1.2.4 dargestellt.

Hingegen werden in der Regel keine Autorenanfragen zur Vervollständigung der Informationen bei eingeschlossenen Studien durchgeführt. Die vorhandenen Angaben der eingeschlossenen Studien reichen jeweils für eine Einschätzung der Relevanz aus.

Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen mit Autorenanfragen wurde in der wissenschaftlichen Erörterung der mögliche Nutzen von Autorenanfragen dem hierfür notwendigen Aufwand gegenübergestellt und wurden sie als nur begrenzt hilfreiches Mittel diskutiert. Diese Einschätzung liegt in der geringen Beantwortungsquote von Autorenanfragen (im vorliegenden Bericht wurden nur 4 von 8 Autorenanfragen beantwortet) wie auch darin begründet, dass sich häufig durch eine Antwort weitere Fragen mit Klärungsbedarf ergeben und sich die gestellte Frage letztendlich nicht klären lässt. An dieser Stelle ergibt sich somit keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Berücksichtigung der Studie Feaster 2010 im Störungsbereich körperliche Erkrankungen

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die Ergebnisse der Studie Feaster 2010 im Störungsbereich körperliche Erkrankungen zu berücksichtigen.

Die Studie Feaster 2010 wurde zu 2 Störungsbereichen eingeschlossen, da alle Studienteilnehmerinnen sowohl eine Substanzkonsumstörung als auch eine körperliche Erkrankung (AIDS) aufwiesen. Die in der Studie betrachteten indikationsspezifischen Endpunkte sind dem jeweiligen Störungsbereich zugeordnet. So wird beispielsweise der Endpunkt Symptomatik Substanzkonsum allein für den Störungsbereich Substanzkonsumstörungen berücksichtigt. Allerdings konnten aus der Studie keine Studienergebnisse zum Störungsbereich körperliche Erkrankungen verwendet werden, da sämtliche im Kontext der AIDS-Erkrankung erfassten Endpunkte nicht patientenrelevant waren (beispielsweise Therapieadhärenz und CD4-Zellzahl). Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Berücksichtigung der Studien Lau 2007 und Rakowska 2011 im Störungsbereich Persönlichkeitsstörung

In 1 Stellungnahme wird vorgeschlagen, die Ergebnisse der Studien Lau 2007 und Rakowska 2011 im Störungsbereich Persönlichkeitsstörung zu berücksichtigen.

Es wird den Stellungnehmenden insoweit zugestimmt, als mit Blick auf komorbide Erkrankungen die Studienpopulation beider Studien anteilig Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung umfasst. Für das Ziel einer störungsspezifischen Nutzenbewertung ist die Zuordnung von Studien zu einzelnen psychischen Störungen oder Störungsbereichen erforderlich. Im Berichtsplan ist in Abschnitt 4.1.1 zu diesem Punkt festgelegt, dass eine Studie jener psychischen Störung zuzuordnen ist, die bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Patienten die Hauptdiagnose oder den Schwerpunkt der psychischen Problematik bildet (siehe [272]). Dies erst ermöglicht es, von einer hinreichenden

Übertragbarkeit der Ergebnisse der ausgewerteten Studienpopulation auf die Zielpopulation der Personen mit einer bestimmten psychischen Störung ausgehen zu können.

Da die Zahl der Patienten mit der Primärdiagnose Persönlichkeitsstörung bei Lau 2007 wie auch bei Rakowska 2011 deutlich unter den geforderten 80 % liegt, finden diese Studien keine Berücksichtigung im Störungsbereich Persönlichkeitsstörungen. Hingegen fanden Subgruppenanalysen zur Studie Rakowska 2011 für Patienten mit einer sozialen Phobie mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung im Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen Berücksichtigung. Hinsichtlich des Störungsbereichs Persönlichkeitsstörung aber ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Berücksichtigung der Studie Miller 2005 im Störungsbereich depressive Störungen

In 1 Stellungnahme wird Unverständnis über die Nichtberücksichtigung der Ergebnisse der Studie Miller 2005 geäußert.

Die Studie Miller 2005 wurde in den Störungsbereich depressive Störungen eingeschlossen; es konnten jedoch die Studienergebnisse nicht berücksichtigt werden, da die Studie keine Ergebnisse für den im Rahmen dieser Nutzenbewertung interessierenden Vergleich berichtet. Für die Nutzenbewertung relevante Vergleiche umfassen erstens einen Vergleich der Studienarme Familientherapie (mit medikamentöser Begleitbehandlung) und kognitive Therapie (mit medikamentöser Begleitbehandlung), zweitens einen Vergleich der Studienarme Familientherapie (mit medikamentöser Begleitbehandlung) und Pharmakotherapie sowie drittens einen Vergleich der Studienarme kombinierte Familien- und kognitive Therapie (mit medikamentöser Begleitbehandlung) und kognitive Therapie (mit medikamentöser Begleitbehandlung). Für diese Vergleiche werden in den Studienpublikationen keine Daten berichtet. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Systematischer Einbezug chinesischer Studien

In 1 Stellungnahme wird ein systematischer Einbezug chinesischer Studien vorgeschlagen und Unverständnis darüber geäußert, dass die Nichtberücksichtigung der chinesischen Datenbank CNKI mit einem hohen Ressourcenaufwand begründet werde. Des Weiteren werden zahlreiche chinesische Studien zusammen mit einer Einschlussforderung vorgelegt.

Die These der Stellungnahme, dass systematisch chinesische Studien nicht einbezogen worden seien, wird nicht geteilt. Im Rahmen der Informationsbeschaffung wurden chinesischsprachige Studien identifiziert und hinsichtlich ihrer Relevanz für einen Einschluss in die Nutzenbewertung eingeschätzt. Die Studien wurden in den bibliografischen Recherchen wie auch in den Referenzlisten der eingeschlossenen systematischen Übersichten identifiziert.

Die Nichtberücksichtigung der chinesischen Datenbank war indes nur anteilig in dem angenommenen hohen Ressourcenaufwand bspw. hinsichtlich notwendiger Studienübersetzungen begründet. Gleichwertig wog die Einschätzung, dass eine angemessene Qualitätssicherung der Recherche ohne Chinesischkenntnisse kaum möglich ist.

Alle von der Stellungnahme zitierten chinesischen Studien mit Einschlussforderung wurden bereits im Rahmen der Informationsbeschaffung des Berichts identifiziert und bewertet (siehe folgenden Abschnitt „Weitere Studien mit Einschlussforderung“). Insgesamt ergibt sich somit keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

Weitere Studien mit Einschlussforderung

In allen Stellungnahmen werden zahlreiche Studien mit Einschlussforderung angeführt. In der wissenschaftlichen Erörterung wurden darüber hinaus weiterführende Informationen zur Studie Leff 2000 dargestellt sowie die Einschlussforderung zur Studie Ataoglu 2003 diskutiert.

Die Überprüfung der im Folgenden genannten Publikationen ergab notwendige Änderungen des Berichts:

Hunger 2016 [23]

Die Prüfung der Angaben des eingereichten Studienprotokolls ergab 1 Studie unklarer Relevanz. Für diese Studie wurde eine Autorenanfrage bezüglich einer Ergebnispublikation gestellt. Eine Ergebnispublikation ist den Studienautoren zufolge in Vorbereitung, jedoch konnten keine Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden. Die Studie Hunger 2016 wird daher als Studie unklarer Relevanz für den Störungsbereich Angststörungen und Zwangsstörungen in den Bericht aufgenommen.

Leff 2000 [26] (Verletzung des Einschlusskriteriums E3)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Im Rahmen der Anhörung zum Bericht wurde von den Stellungnehmenden die Erklärung eines der Koautoren der Studie, Eia Asen, vorgebracht [284]. In dieser Erklärung wird beschrieben, dass die Studienpopulation Patienten umfasst, welche den Kriterien einer depressiven Störung gemäß der ICD und dem DSM genügen. Den Studienangaben zur Kontrollintervention folgend bestand die Erstlinientherapie aus einer Behandlung mit Desipramin, einem trizyklischen Antidepressivum, das in Deutschland keine Zulassung hat. Somit verletzt die Studie Leff 2000 das Einschlusskriterium E3. Im Abschlussbericht ist das verletzte Einschlusskriterium korrigiert.

Li 2007 [285] (Verletzung des Einschlusskriteriums E3)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Entgegen der bisherigen Darstellung verletzt diese Studie das Einschlusskriterium E3, da eine systemische Therapie im Einzelsetting mit einer systemischen Therapie im Gruppensetting verglichen wird. Im Abschlussbericht ist das verletzte Einschlusskriterium korrigiert.

Priebe 2015 [120]

Die Prüfung dieser Studie ergab, dass sie allen Kriterien für den Studieneinschluss genügt. Sie wurde daher als relevante Studie in die Bewertung eingeschlossen.

Slesnick 2016 [121]

Die Prüfung dieser Referenz ergab, dass sie allen Kriterien für den Studieneinschluss genügt. Sie wurde daher als relevante Studie in die Bewertung eingeschlossen.

Die Überprüfung der im Folgenden genannten Publikationen ergab keine notwendigen Änderungen des Berichts:

Anonyma 2015 [286] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Referenz erfüllt nicht die Einschlusskriterien des Berichts, da sie als deskriptive Darstellung der persönlichen Erlebnisse einer Selbsterfahrung nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Ataoglu 2003 [287] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Diese Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Wie auch in der wissenschaftlichen Erörterung dargestellt, ist nicht zweifelsfrei erkennbar, ob eine systemische Therapie durchgeführt wurde. In der Publikation wird lediglich auf die Technik paradoxe Intention verwiesen, die sowohl in der systemischen als auch humanistischen Schule beheimatet ist. Für eine Zuordnung der Prüfintervention zur systemischen Therapie muss hingegen ersichtlich sein, dass die systemische Komponente den eindeutigen Schwerpunkt der Intervention bildet (siehe hierzu Abschnitt A2.2 zum Vorgehen der Prüfung des Einschlusskriteriums E2). Auch die weiteren Angaben der Publikation lassen keine systemische Therapie erkennen.

Crisp 1991 [288] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Diese Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die in der Studie berichteten Bestandteile der Prüfintervention umfassen neben klassisch systemischen Aspekten (Grenzen setzen) auch psychodynamische Aspekte (Übertragung, Gegenübertragung). Somit lassen die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Studien zur Emotionally Focused Therapy [289,290] (zumeist Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Studien zur Emotionally Focused Therapy wurden im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet (bspw. [291-294]). Die Nichtberücksichtigung dieser Studien wie auch derjenigen Studien zur Emotionally Focused Therapy, die die Stellungnehmenden anführen [289,290], beruht überwiegend auf einer Verletzung des Einschlusskriteriums E2: Die Emotionally Focused Therapy ist ein psychotherapeutisches Verfahren, welches zu gleichen Teilen systemische und humanistische Komponenten beinhaltet. Somit wurde die Prüfintervention als nicht eindeutig systemisch gewertet.

Espina 2001 [295-297] (Verletzung des Einschlusskriteriums E1)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Bei dieser Studie mit jugendlichen und erwachsenen Patienten ohne entsprechende Subgruppenanalysen wurde zur Überprüfung des Einschlusskriteriums E1 (erwachsene Personen mit einer psychischen Störung) der Anteil erwachsener Patienten auf Basis vorhandener Angaben (z. B. zum Mittelwert und zur Standardabweichung) mithilfe von Verteilungsannahmen (Normal- und Gleichverteilung) geschätzt. Zwar liegt das durchschnittliche Alter der Patienten über 18 Jahren, die Ergebnisse ließen aber nicht erkennen, dass mindestens 80 % der eingeschlossenen Patienten das Alter von 18 Jahren überschritten hatten.

Friedman 1975 [298] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Angaben der Prüfintervention umfassen lediglich die Nennung einer Familientherapie sowie den Hinweis, dass keine Symptome behandelt werden, sondern die Familienbeziehung diskutiert wird. Somit wurde die Prüfintervention als nicht eindeutig systemisch gewertet.

Garcia-Huidobro 2011 [299] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Prüfung dieser Studie ergab, dass bei der eingesetzten Therapie der Einbezug der Familie primär der Unterstützung und Motivation der Patienten dient. Somit wurde die Prüfintervention als nicht eindeutig systemisch gewertet.

Giron 2010 [300] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Diese Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Den Studienangaben zur Prüfintervention folgend umfasst diese Komponenten wie bspw. Informationsvermittlung, aktives Zuhören, Stärkung von Kommunikation und Empathie sowie Vermittlung von Problemlösetechniken. Somit wurde die Prüfintervention als nicht eindeutig systemisch gewertet.

Haddock 2017 [301] (Verletzung des Einschlusskriteriums E1)

Diese Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Abschlussbericht ermittelt und bewertet. Die Studienpopulation dieser Studie umfasst depressive Patienten, allerdings ohne eine DSM- / ICD-Diagnose. Zur Klärung der Frage, ob die Studie Patienten mit einer krankheitswertigen Störung umfasst, wurde eine Autorenanfrage gestellt, die unbeantwortet blieb.

Horigian 2015 [302] (Verletzung des Einschlusskriteriums E1)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Studie wurde ausgeschlossen, da lediglich für die Adoleszenten eine Diagnose gestellt wurde, jedoch nicht für die Eltern. Auch anhand der weiteren Angaben der Publikation ist eine krankheitswertige Störung der Eltern im Sinne der Einschlusskriterien nicht zu erkennen.

Langsley 1968 [303] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung der Publikationen zur Family Crisis Therapy (u. a. [303,304]) ergab eine eher unspezifische Therapie, die neben systemischen Komponenten auch verhaltenstherapeutische (Verstärkung) und psychodynamische (Katharsis) Komponenten enthält. Insgesamt wurde dieses Verfahren als nicht eindeutig systemisch bewertet.

Li 2004 [305] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung dieser Studie ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Li 2006 [306] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung der Studie ergab Zweifel an der Randomisierung der Studienteilnehmer. Die Angaben der Studie lassen vielmehr eine alternierende Zuteilung erkennen.

Limacher 1998 [307] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Studie erfüllt nicht die Einschlusskriterien des Berichts, da sie als deskriptive Darstellung einer Therapiekonzeption nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Liu 2003 [308] (Verletzung des Einschlusskriteriums E3)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Studie wurde ausgeschlossen, da eine systemische Therapie im Einzelsetting mit einer systemischen Therapie im Gruppensetting verglichen wird.

Lopes 2014 [309] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Prüfung der Studie Lopes 2014 ergab Zweifel an der Randomisierung der Studienteilnehmer. Die Angaben der Studie lassen vielmehr eine alternierende Zuteilung erkennen.

Ma 2004 [310] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung der Studie ergab Zweifel an der Randomisierung der Studienteilnehmer. Die Angaben der Studie lassen vielmehr eine alternierende Zuteilung erkennen.

Madigan 2012 [311] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Der Studie fehlen Angaben über die Verteilung der Patienten auf die 3 Studienarme. Zur Klärung dieses Sachverhalts wurde eine Autorenanfrage gestellt, die unbeantwortet blieb.

Märtens 2002 [312] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Publikation wurde ausgeschlossen, da sie als narrativer Review nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Mayoral 2015 [313] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation zur Prüfintervention auf eine psycho-edukative Intervention hindeuten, sodass die Prüfintervention als nicht eindeutig systemisch bewertet wurde.

O'Farell 2001 [314] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Publikation wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung der Studie ergab, dass die Publikation nicht als systematischer Review bewertet wurde, da Angaben zu einer systematischen Literaturrecherche (insbesondere zu Datenbanken oder Suchbegriffen) fehlen.

Petzold 2016 [315] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Publikation wurde ausgeschlossen, da sie als deskriptive Darstellung zu Fragen der Diagnostik und des Fallbegriffs in der systemischen Therapie nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Schmitt 2014 [316] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Publikation wurde ausgeschlossen, da sie als narrativer Review nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Schmitt 2013 [317] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Referenz wurde ausgeschlossen, da sie als Buchrezension nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

von Sydow 2009 [318] (Verletzung des Einschlusskriteriums E5)

Die Referenz wurde ausgeschlossen, da sie als Expertenmeinung nicht das zur Beurteilung des Nutzens und Schadens der systemischen Therapie notwendige Evidenzniveau besitzt.

Weisman de Manami 2014 [319] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Prüfung dieser Studie ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist. Lediglich 1 von 5 Therapiemodulen beinhaltet systemische Techniken.

Zhang 1994 [320] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhang 1999 [321] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhang 2006a [322] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhang 2006b [323] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhao 1999 [324] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhao 2000 [325] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

Zhao 2010 [326] (Verletzung des Einschlusskriteriums E2)

Die Studie wurde im Rahmen der Recherche zum Vorbericht ermittelt und bewertet. Die Prüfung ergab, dass die Angaben der Publikation nicht zweifelsfrei erkennen lassen, dass die Prüfintervention eindeutig systemisch ist.

A4.3.13 Anmerkungen zur Übertragbarkeit der Studienergebnisse vor dem Hintergrund des Konzepts des radikalen Konstruktivismus und dessen Relevanz in der deutschen Versorgung

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass in die Nutzenbewertung überwiegend Studien eingeschlossen seien, die nicht aus Deutschland stammten. In der Stellungnahme wird die Verlässlichkeit und Aussagekraft dieser Studien für den deutschen Versorgungskontext infrage gestellt, sofern diese Studien nicht die therapeutische Praxis in Deutschland abbildeten. Dieser Punkt wurde auch in der wissenschaftlichen Erörterung adressiert.

Im Berichtsplan wurde als Kriterium E2 für den Studieneinschluss definiert, solche Studien einzuschließen, deren Prüfintervention dem Verfahren der systemischen Therapie zuzurechnen ist [272]. Eine konkrete Prüfintervention wurde dem Verfahren der systemischen Therapie

zugeordnet, wenn aus der Studienpublikation eindeutig hervorgeht, dass es sich um ein systemisches Verfahren handelt (siehe Abschnitt A2.2 für eine Beschreibung des Vorgehens).

Die Auffassung der Stellungnehmenden wird dahin gehend geteilt, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Nutzenbewertung sehr kritisch zu bewerten wäre, sofern die in den Studienpool eingeschlossenen Studien in der überwiegenden Zahl solche systemische Methoden und Techniken anwendeten, welche nicht in Deutschland eingesetzt und angeboten werden. Allerdings – und dies wurde in der wissenschaftlichen Erörterung bestätigt – umfassen die in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien überwiegend Prüfinterventionen, die auch so in Deutschland angewendet werden (bspw. lösungsfokussierte Kurzzeittherapie, strategische Therapie, strukturelle Therapie, Therapie nach dem Mailänder Modell). Die in der Stellungnahme geäußerten Bedenken, dass die Ergebnisse der Nutzenbewertung nicht auf die deutsche Versorgung übertragbar sein könnten, werden somit nicht geteilt. Daher ergibt sich keine Notwendigkeit einer Änderung des Berichts.

In 1 Stellungnahme wird angemerkt, dass die systemische Therapie in Deutschland sehr vom Konzept des radikalen Konstruktivismus geprägt sei. Die Anwendung dieses Konzepts in der systemischen Therapie wird in der Stellungnahme als nicht im Einklang stehend unter anderem mit der PT-RL wie auch den Berufsordnungen von Psychotherapeuten beschrieben, bspw. aufgrund der Diagnosestellung oder der Verwendung spezifischer Techniken wie Provokation und Verstören. Dieser Punkt wurde auch in der wissenschaftlichen Erörterung adressiert.

Die in der Stellungnahme geäußerte These, dass das Konzept des radikalen Konstruktivismus nicht im Einklang mit genannten Richtlinien und Berufsordnungen stehe, ist für die vorliegende Nutzenbewertung nicht relevant. Tatsächlich ist Konsens in den systemischen Lehrbüchern (bspw. [7,9]) – und dies spiegelte sich auch in der wissenschaftlichen Erörterung wider –, dass Konstruktivismus ein Bestandteil der systemischen Therapie ist. Es sei aber angemerkt, dass den Angaben der Publikationen folgend in keiner der eingeschlossenen Studien explizit der Ansatz des radikalen Konstruktivismus Anwendung fand. Des Weiteren ist die generelle Berichterstattung von unerwünschten Ereignissen als sehr lückenhaft zu beschreiben und es konnte infolgedessen keine Aussage zu Schadensaspekten gemacht werden. Somit kann – ungeachtet einer an dieser Stelle nicht zu leistenden inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Thesen des radikalen Konstruktivismus – in der vorliegenden Nutzenbewertung eine spezifische Bewertung des Nutzens und Schadens des radikalen Konstruktivismus nicht erfolgen. An dieser Stelle sei aber auf den Abschnitt 4.12 verweisen, der eine zusammenfassende Einordnung des Arbeitsergebnisses zu unerwünschten Ereignissen bietet.

A4.3.14 Anmerkungen zur kritischen Reflexion des Vorgehens

In 1 Stellungnahme wird auf eine falsche Referenz zur Publikation von Sydow 2010 hingewiesen.

Die Stellungnahme ist korrekt. Zur Publikation von Sydow 2010 ist eine falsche Referenz angegeben. Dies ist im vorliegenden Abschlussbericht korrigiert.

A5 Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. 03.01.2015 [Zugriff: 26.01.2015]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf.

2. Wittchen HU, Hoyer J, Fehm L, Jacobi F, Junge-Hoffmeister J. Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In: Wittchen HU, Hoyer J (Ed). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer; 2011. S. 449-475.

3. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W et al (Ed). Diagnostisches und statistisches manual psychischer Störungen - DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015.

4. Wittchen HU. Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen HU, Hoyer J (Ed). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer; 2011. S. 27-55.

5. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie [online]. 14.12.2008 [Zugriff: 05.11.2014]. URL: http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf.

6. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses [online]. 16.04.2015 [Zugriff: 29.04.2015]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1002/VerfO_2014-12-18_iK-2015-04-16.pdf.

7. Schiepek G. Die Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie, Praxis, Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999.

8. Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007.

9. Von Schlippe A, Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung; I: das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012.

10. Levold T, Wirsching M (Ed). Systemische Therapie und Beratung: das große Lehrbuch. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 2014.

11. Ochs M. Vier Grundorientierungen systemischer Psychotherapie. Projekt Psychotherapie 2013; 2013(3): 20-23.

12. Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J. Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: eine Metainhaltsanalyse von 28 randomisierten Primärstudien. Psychotherapeut 2007; 52(3): 187-211.

13. Schweitzer J, Von Schlippe A. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung; II: das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.

14. Hildenbrand B. Einführung in die Genogrammarbeit. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag; 2005.

15. De Shazer S. Putting difference to work. New York: Norton; 1991.

16. Malan DH. The frontier of brief psychotherapy: an example of the convergence of research and clinical practice. New York: Plenum Medical Books; 1976.

17. Sifneos PE. Short-term anxiety provoking psychotherapy. In: Davanloo H (Ed). Short-term dynamic psychotherapy. New York: SP Medical & Scientific Books 1978. S. 35-42.

18. Sifneos PE, Apfel RJ, Bassuk E, Fishman G, Gill A. Ongoing outcome research on short-term dynamic psychotherapy. Psychother Psychosom 1980; 33(4): 233-241.

19. Gabbard GO. Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text. Washington: American Psychiatric Publishing; 2004.

20. Fisch R, Weakland JH, Seagal L. The tactics of change: doing therapy briefly. San Francisco: Josey-Boss; 1982.

21. Watzlawick P, Weakland JH, Fish R. Change: principles of problem formation and problem resolution. New York, NY: Norton; 1974.

22. De Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W et al. Brief therapy: focused solution development. Fam Process 1986; 25(2): 207-222.

23. Hunger C, Hilzinger R, Koch T, Mander J, Sander A, Bents H et al. Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. Trials 2016; 17: 171.

24. De Shazer S, Berg IK. "What works?" Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. J Fam Ther 1997; 19(2): 121-124.

25. Jones E, Asen E. Systemic couple therapy and depression. London: Karnac Books; 2000.

26. Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000; 177(2): 95-100.

27. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton; 1990.

28. Andersen T (Ed). The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues. New York: Norton; 1991.

29. Anderson H, Goolishian H. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In: McNamee S, Gergen KJ (Ed). Therapy as social construction. London: Sage; 1992. S. 25-39.

30. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. Fam Process 2003; 42(3): 403-418.

31. Seikkula J, Trimble D. Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. Fam Process 2005; 44(4): 461-475.

32. Seikkula J, Arnkil TE. Dialogical meetings in social networks. London: Karnac; 2006.

33. Fernandez Liria A, Rodriguez VB. La practica de la psicoterapia: la construccion de narrativas ter apeuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001. (Biblioteca de Psicología; Band 108).

34. Milanese R. Advanced Brief therapy for eating disorders. Brief Strategic and Systemic Therapy European Review 2004; 1: 125-129.

35. Nardone G, Portelli C. Knowing through changing: the evolution of brief strategic therapy. Bancyfelin: Crown House Publishing; 2005.

36. Nardone G, Barbieri Brook R. Advanced brief strategic therapy: an overview of interventions with eating disorders to exemplify how theory and practice work. Eur J Psychother Couns 2010; 12(2): 113-127.

37. Selvini Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo L. Paradox and counterparadox: a new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: Aronson; 1978.

38. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(8): 1031-1038.

39. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

40. Haley J. Leaving home: the therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill; 1980.

41. Holme M. Incest group therapy from a systemic/ solution focused perspective. Magazine for Family Therapy and Systemic Practice 1999; 46: 22-24.

42. Szapocznik J, Kurtines WM. Breakthroughs in family therapy with drug abusing and problem youth. New York: Springer; 1989.

43. Rogers C. The essence of psychotherapy: a client-centered view. Annals of Psychotherapy 1959; 1: 51-57.

44. Berg IK. Family-based services: a solution-focused approach. New York: Norton; 1994.

45. Berg IK, Miller SD. The miracle method: a radically new approach to problem drinking. New York: Norton; 1995.

46. Iveson C. Solution-focused brief therapy. Adv Psychiatr Treat 2002; 8(2): 149–157.

47. O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. Family therapy: concepts and methods. Boston: Allyn & Bacon; 1989.

48. Selekman MD. Pathways to change: brief therapy solutions with difficult adolescents. New York: Guilford Press; 1993.

49. De Shazer S. Words were originally magic. New York: Norton; 1994.

50. Haley J. Problem-solving therapy. New York: Jossey-Bass; 1976

51. Minuchin S. Families & family therapy. Cambridge: Harvard University Press; 1975.

52. Priebe S, Sinning U. Paartherapeutisches Vorgehen in der Rehabilitation von Koronar-Patienten. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 1989; 10: 239-252.

53. Bloch DA. The family as a psychosocial system. Fam Syst Med 1984; 2(4): 387- 396.

54. Nichols WC. Marital therapy: an integrative approach. New York: Guildford Press; 1988.

55. Saarijärvi S, Lahti T, Lahti I. Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. Fam Syst Med 1989; 7(3): 328-338.

56. Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Fam Process 1980; 19(1): 3-12.

57. Tomm K. Interventive interviewing; II: reflexive questioning as a means to enable selfhealing. Fam Process 1987; 26(2): 167-183.

58. Schwartz RC. Internal family systems therapy. New York: Guilford Press; 1995.

59. Vogelaar L, Van't Spijker A, Vogelaar T, Van Busschbach JJ, Visser MS, Kuipers EJ et al. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease. J Crohns Colitis 2011; 5(6): 585-591.

60. Wynne L, McDaniel S, Weber T. Systems consultation: a new perspective for family therapy. New York: Guilford Press; 1986.

61. Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Miller IW. A systems therapy: problem-centered systems therapy of the family. In: Wells RA, Giannetti VJ (Ed). Handbook of brief psychotherapies. New York: Plenum Press; 1990. S. 405-436.

62. Zheng YP, Lin KM, Zhao JP, Zhang MY, Yong D. Comparative study of diagnostic systems: Chinese Classification of Mental Disorders-Second Edition versus DSM-III-R. Compr Psychiatry 1994; 35(6): 441-449.

63. Steinglass P, Tislenko L, Reiss D. Stability/instability in the alcoholic marriage: the interrelationships between course of alcoholism, family process, and marital outcome. Fam Process 1985; 24(3): 365-383.

64. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem-solving and behavior modification. J Abnorm Psychol 1971; 78(1): 107-120.

65. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

66. Stanton MD, Todd TC (Ed). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press; 1982.

67. Mitrani VB, Weiss-Laxer NS, Ow CE, Burns MJ, Ross-Russell S, Feaster DJ. Examining family networks of HIV+ women in drug recovery: challenges and opportunities. Fam Syst Health 2009; 27(3): 267-283.

68. Baker SA, Beadnell B, Stoner S, Morrison DM, Gordon J, Collier C et al. Skills training versus health education to prevent STDs/HIV in heterosexual women: a randomized controlled trial utilizing biological outcomes. AIDS Educ Prev 2003; 15(1): 1-14.

69. Haley J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson. New York: Norton; 1973.

70. University of Florida. Youth drug abuse family and cognitive-behavioral therapy: full text view [online]. In: ClinicalTrials.gov. 27.09.2012 [Zugriff: 09.02.2016]. URL: https://clinicaltrials.gov/show/NCT00198874.

71. Linden M, Strauß B (Ed). Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2013.

72. Jonsson U, Alaie I, Parling T, Arnberg FK. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. Contemp Clin Trials 2014; 38(1): 1-8.

73. Duggan C, Parry G, McMurran M, Davidson K, Dennis J. The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. Trials 2014; 15: 335.

74. Linden M, Schermuly-Haupt ML. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. World Psychiatry 2014; 13(3): 306-309.

75. Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). Verhaltenstherapie 2014; 24(4): 252-263.

76. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. ICH harmonised tripartite guideline: guideline for good clinical practice E6 (R1); current step 4 version [online]. 10.06.1996 [Zugriff: 17.05.2017]. URL: https://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E6/E6_R1_Guideline.pdf.

77. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ et al. CONSORT 2010: explanation and elaboration; updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010; 340: c869.

78. Grant SP, Mayo-Wilson E, Melendez-Torres GJ, Montgomery P. Reporting quality of social and psychological intervention trials: a systematic review of reporting guidelines and trial publications. PLoS One 2013; 8(5): e65442.

79. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T et al. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2011; 132(1-2): 37-47.

80. Carr A. Family therapy: concepts, process and practice. Malden: Wiley-Blackwell; 2012.

81. Dallos R, Draper R. An introduction to family therapy: systemic theory and practice. Maidenhead: Open University Press; 2010.

82. Gladding ST. Family therapy: history, theory, and practice. Upper Saddle River: Pearson; 2014.

83. Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: an overview. Belmont: Brooks/Cole; 2013.

84. Nichols MP. Family therapy: concepts and methods. Boston: Pearson; 2013.

85. Winek JL. Systemic family therapy: from theory to practice. Thousand Oaks: Sage; 2010.

86. ICH Expert Working Group. ICH harmonised tripartite guideline: structure and content of clinical study reports; E3; current step 4 version [online]. 30.11.1995 [Zugriff: 09.03.2012]. URL: http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E3/E3_Guideline.pdf.

87. Schulz KF, Grimes DA. Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. Lancet 2002; 359(9308): 781-785.

88. Lange S. The all randomized/full analysis set (ICH E9): may patients be excluded from the analysis? Drug Inf J 2001; 35(3): 881-891.

89. DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. Control Clin Trials 1986; 7(3): 177-188.

90. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Green S (Ed). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Chichester: Wiley; 2008. S. 243-296.

91. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ 2003; 327(7414): 557-560.

92. Higgins JPT, Deeks JJ, Altman DG. Special topics in statistics [online]. In: Higgings JPT, Green S (Ed). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. 20.03.2011 [Zugriff: 07.06.2016]. URL: http://handbook.cochrane.org/chapter_16/16_special_topics_in_statistics.htm.

93. SAS Institute. Base SAS 9.4 procedures guide. Cary: SAS Institute; 2013.

94. Catholic University of the Sacred Heart. STRATOB: a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioural therapy and brief strategic therapy with telecare for binge-eating disorder (STRATOB); full text view [online]. In: ClinicalTrials.gov. [Zugriff: 26.04.2016]. URL: https://ClinicalTrials.gov/show/NCT01096251.

95. Ohio State University. Adolescent involvement in parental substance abuse treatment: full text view [online]. In: ClinicalTrials.gov. 20.09.2015 [Zugriff: 09.02.2016]. URL: https://clinicaltrials.gov/show/NCT01576393.

96. Anorexia and Bulimia Unit, Child and Adolescent Psychiatry Centre. The Gothenburg anorexia nervosa treatment study [online]. In: ISRCTN Registry. 16.07.2015 [Zugriff: 26.04.2016]. (Isrctn25181390). URL: http://isrctn.com/ISRCTN25181390.

97. Australian Rotary Health Research Fund. Counselling to reduce anxiety and depressive symptoms in women with a new diagnosis of gynaecological cancer [online]. In: Australian New Zealand Clinical Trials Registry. [Zugriff: 26.04.2016]. URL: http://www.anzctr.org.au/ACTRN12605000181606.aspx.

98. Bennun I. Evaluating family therapy: a comparison of the Milan and problem solving approaches. J Fam Ther 1986; 8(3): 225-242.

99. Bertrando P, Cecchin G, Clerici M, Beltz J, Milesi A, Cazzullo CL. Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. J Fam Ther 2006; 28(1): 81-102.

100. Cao YK, Lu AI. Influence of systemic family treatment on the quality of life in schizophrenic patients? [Chinesisch]. Journal of Clinical and Psychological Medicine 2007; 17(6): 403-404.

101. Ingersoll-Dayton B, Schroepfer T, Pryce J. The effectiveness of a solution-focused approach for problem behaviors among nursing home residents. J Gerontol Soc Work 1999; 32(3): 49-64.

102. Shoham V, Rohrbaugh MJ, Stickle TR, Jacob T. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. J Fam Psychol 1998; 12(4): 557-577.

103. Li S, Liu S, Jiang D. Systemic treatment combined with paroxetinum in the treatment of obsessive-compulsive disorder: curative efficacy [Chinesisch]. China Modern Doctor 2010; 48(2): 27-28.

104. Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comobidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. Depress Anxiety 2005; 21(2): 71-77.

105. Dare C, Eisler I, Russell GFM, Szmukler GI. The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. J Marital Fam Ther 1990; 16(1): 39-57.

106. Smukler GI, Dare C. The Maudsley study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. In: Woodside BD, Shekter-Wolfson L (Ed). Family approaches in treatment of eating disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1991. S. 3-21. (Clinical Practice; Band 15).

107. Kuhlman I, Tolvanen A, Seikkula J. Couple therapy for depression within a naturalistic setting in Finland: factors related to change of the patient and the spouse. Contemp Fam Ther 2013; 35(4): 656-672.

108. Seikkula J, Aaltonen J, Kalla O, Saarinen P, Tolvanen A. Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. J Fam Ther 2013; 35(3): 281-302.

109. Stanton MD, Steier F, Todd TC. Paying families for attending sessions: counteracting the dropout problem. J Marital Fam Ther 1982; 8(3): 371-373.

110. Prado G, Szapocznik J, Mitrani VB, Mauer MH, Smith L, Feaster DJ. Factors influencing engagement into interventions for adaptation to HIV in African American women. AIDS Behav 2002; 6(2): 141-151.

111. Wang ZH, Li XL, Shi Y. Systemic family therapy combined with sertraline treatment for depression [Chinesisch]. Practical Clinical Medicine 2011; 12(6): 10-12.

112. Wirsching M, Drings P, Georg W, Riehl J, Schmidt P. Familien-System-Konsultation beim Bronchialkrebs: eine kontrollierte prospektive Studie möglicher verarbeitungs- und verlaufsbeeinflussender Wirkungen. System Familie 1989; 2: 65-81.

113. Zhang ML, Yuan G, Yao J, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. A controlled treatment trial of systemic family therapy for schizophrenic patients [Chinesisch]. 2006; 15(8): 711-712.

114. Zhang ML, Yuan GZ, Yao JJ, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. Systematic family intervention for people with schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Psychiatry 2006; 39(2): 84.

115. Zhou X. The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia [Chinesisch]. Medical Journal of Chinese People Health 2003; 15(6): 361-362.

116. Ziegler-Driscoll G, Davis DI, Klagsbrun M. Family Research Study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. Fam Process 1977; 16(2): 175-189.

117. Beevers CG, Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. J Abnorm Psychol 2003; 112(3): 488-496.

118. Feaster DJ, Mitrani VB, Burns MJ, McCabe BE, Brincks AM, Rodriguez AE et al. A randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. Drug Alcohol Depend 2010; 111(3): 227-234.

119. Feaster DJ, Burns MJ, Brincks AM, Prado G, Mitrani VB, Mauer MH et al. Structural ecosystems therapy for HIV+ African-American women and drug abuse relapse. Fam Process 2010; 49(2): 204-219.

120. Priebe S, Kelley L, Omer S, Golden E, Walsh S, Khanom H et al. The effectiveness of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+) for patients with psychosis: a pragmatic cluster-randomised controlled trial in community care. Psychother Psychosom 2015; 84(5): 304-313.

121. Slesnick N, Zhang J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. Psychol Addict Behav 2016; 30(6): 619-629.

122. Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychol Med 2016; 46(6): 1175-1188.

123. Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela; 2004. (Studies in Social Security and Health; Band 77).

124. Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA et al. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. J Ment Health Policy Econ 2012; 15(1): 13-23.

125. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Psychiatry Res 2013; 208(2): 162-173.

126. Laaksonen MA, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. Eur Psychiatry 2013; 28(2): 117-124.

127. Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. Nord J Psychiatry 2013; 67(1): 59-68.

128. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. J Nerv Ment Dis 2012; 200(11): 946-953.

129. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. J Affect Disord 2012; 138(3): 301-312.

130. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. J Affect Disord 2011; 135(1-3): 221-230.

131. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. J Affect Disord 2008; 107(1-3): 95-106.

132. Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Eur Psychiatry 2010; 25(1): 1-7.

133. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychol Med 2008; 38(5): 689-703.

134. Marttunen M, Välikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. Psychother Res 2008; 18(2): 191-199.

135. Lindfors O, Knekt P, Heinonen E, Härkänen T, Virtala E. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2015; 173: 31-38.

136. Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Jarvikoski A, Virtala E, Rissanen J et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. Psychiatry Res 2015; 229(1-2): 381-388.

137. Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Harkanen T. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2016; 190: 254-263.

138. Jyra K, Knekt P, Lindfors O. The impact of psychotherapy treatments of different length and type on health behaviour during a five-year follow-up. Psychother Res 01.02.2016 [Epub ahead of print].

139. Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychotherapy Research 2011; 21(4): 462-471.

140. Yang FR, Zhu SL, Luo WF. Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2005; 19(4): 288-290.

141. Fabbri S, Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. J Clin Psychiatry 2007; 68(9): 1348-1351.

142. Lemmens GM, Eisler I, Buysse A, Heene E, Demyttenaere K. The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: a 15-month follow-up study. Psychother Psychosom 2009; 78(2): 98-105.

143. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2131-2138.

144. Beevers CG, Miller IW. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2005; 73(1): 68-77.

145. Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Perez E et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. Psychooncology 2011; 20(9): 943-952.

146. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2011; 7: 29-37.

147. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. Trials 2011; 12: 114.

148. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. Br J Psychiatry 2001; 178(3): 216-221.

149. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987; 44(12): 1047-1056.

150. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 1025-1030.

151. Russell GFM, Dare C, Eisler I, Le Grange PDF. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi KA (Ed). Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington: American Psychiatric Press; 1992. S. 237-261.

152. Lau M, Kristensen E. Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatr Scand 2007; 116(2): 96-104.

153. Munk-Jørgensen P. Erratum: "Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatric Scand 2007:116: 96–104". Acta Psychiatr Scand 2008; 117(2): 158-158.

154. Elkjaer H, Kristensen E, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M. Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. Psychol Psychother 2014; 87(2): 191-208.

155. Arvand J, Shafiabadi A, Falsafinejad MR, Zali MR. The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. HealthMED 2012; 6(3): 925-929.

156. Cockburn JT, Thomas FN, Cockburn OJ. Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. J Occup Rehabil 1997; 7(2): 97-106.

157. Mitrani VB, McCabe BE, Robinson C, Weiss-Laxer NS, Feaster DJ. Structural Ecosystems Therapy for recovering HIV-positive women: child, mother, and parenting outcomes. J Fam Psychol 2010; 24(6): 746-755.

158. Mitrani VB, Feaster DJ, Weiss-Laxer NS, McCabe BE. Malaise, motivation and motherhood: predictors of engagement in behavioral interventions from a randomized controlled trial for HIV+ women in drug abuse recovery. AIDS Behav 2011; 15(2): 396-406.

159. Mitrani VB, McCabe BE, Burns MJ, Feaster DJ. Family mechanisms of structural ecosystems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. Health Psychol 2012; 31(5): 591-600.

160. Priebe S, Sinning U. Effekte einer kurzen paartherapeutischen Intervention in der Koronarrehabilitation: eine kontrollierte Studie. Psychother Psychosom Med Psychol 2001; 51(7): 276-280.

161. Rakowska JM. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress: a randomized clinical trial. Anxiety Stress Coping 2015; 28(6): 687-705.

162. Saarijärvi S, Rytökoski U, Alanen E. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients: no improvement of disability. J Psychosom Res 1991; 35(6): 671-677.

163. Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients: effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. J Psychosom Res 1991; 35(2-3): 265-272.

164. Saarijärvi S, Alanen E, Rytökoski U, Hyyppä MT. Couple therapy improves mental well-being in chronic low back pain patients: a controlled, five year follow-up study. J Psychosom Res 1992; 36(7): 651-656.

165. Shadick NA, Sowell NF, Frits ML, Hoffman SM, Hartz SA, Booth FD et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: a proof-of-concept study. J Rheumatol 2013; 40(11): 1831-1841.

166. Szapocznik J, Feaster DJ, Mitrani VB, Prado G, Smith L, Robinson-Batista C et al. Structural ecosystems therapy for HIV-seropositive African American women: effects on psychological distress, family hassles, and family support. J Consult Clin Psychol 2004; 72(2): 288-303.

167. Feaster DJ, Brincks AM, Mitrani VB, Prado G, Schwartz SJ, Szapocznik J. The efficacy of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence with African American women. J Fam Psychol 2010; 24(1): 51-59.

168. Mitrani VB, Prado G, Feaster DJ, Robinson-Batista C, Szapocznik J. Relational factors and family treatment engagement among low-income, HIV-positive African American mothers. Fam Process 2003; 42(1): 31-45.

169. Vogelaar L, Van't Spijker A, Timman R, Van Tilburg AJ, Bac D, Vogelaar T et al. Fatigue management in patients with IBD: a randomised controlled trial. Gut 2014; 63(6): 911-918.

170. Bressi C, Lo Baido R, Manenti S, Frongia P, Guidotti B, Maggi L et al. Schizophrenia and the clinical efficacy of the systemic family therapy: a prospectic longitudinal study [Italienisch]. Riv Psichiatr 2004; 39(3): 189-197.

171. Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. Psychother Psychosom 2008; 77(1): 43-49.

172. De Giacomo P, Pierri G, Santoni Rugiu A, Buonsante M, Vadruccio F, Zavoianni L. Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. Acta Psychiatr Scand 1997; 95(3): 183-188.

173. De Giacomo P, Pierri G, Santoni R, Catucci A, De Nigris S, Zavoianni L et al. New trends in family therapy of schizophrenia: technique and results of a controlled study. Dynamische Psychiatrie 1999; 32(3-6): 312-322.

174. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? J Affect Disord 2004; 82(3): 431-436.

175. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. Bipolar Disord 2008; 10(7): 798-805.

176. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. J Clin Psychiatry 2008; 69(5): 732-740.

177. Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE et al. Family functioning in bipolar I disorder. J Fam Psychol 2006; 20(4): 701-704.

178. Bennun I. Treating the system or symptom: investigating family therapy for alcohol problems. Behavioural Psychotherapy 1988; 16(3): 165-176.

179. Karno MP, Beutler LE, Harwood TM. Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. Addict Behav 2002; 27(5): 779-797.

180. Beutler LE, Patterson KM, Jacob T, Shoham V, Yost E, Rohrbaugh M. Matching treatment to alcoholism subtypes. Psychotherapy 1993; 30(3): 463-472.

181. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. J Marital Fam Ther 2008; 34(1): 107-120.

182. Yandoli D, Eisler I, Robbins C, Mulleady G, Dare C. A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. J Fam Ther 2002; 24(4): 402-422.

183. Zweben A, Pearlman S, Li S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: the results of the Marital Systems Study. Br J Addict 1988; 83(8): 899-916.

184. Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF (Ed). Major theories of personality disorder. New York: Guilford Press; 1996. S. 106-140.

185. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991; 59(1): 12-19.

186. Di Nardo PA, Brown TA, Barlow DH. Anxiety disorders lnterview schedule for DSM IV. New York: Oxford University Press; 1994.

187. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32(1): 50-55.

188. Derogatis LR. SCL-90-R: symptom checklist-90-R; administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson; 1994.

189. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale; I: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 1006-1011.

190. Martín Andrés A, Silva Mato A. Choosing the optimal unconditioned test for comparing two independent proportions. Computat Stat Data Anal 1994; 17(5): 555-574.

191. Drachman DA, Swearer JM, O'Donnell BF, Mitchell AL, Maloon A. The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale. J Am Geriatr Soc 1992; 40(5): 463-470.

192. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York: Biometrics Research; 1989.

193. Overbeek T, Schruers K, Griez E. M.I.N.I.: mini international neuropsychiatric interview; Dutch version 5.0.0 (DSM-IV). Maastricht: University; 1999.

194. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. Washington: American Psychiatric Press; 1997.

195. Rolland JS. Families, illness, and disability: an integrative treatment model. New York: BasicBooks; 1994.

196. Suissa S. Binary methods for continuous outcomes: a parametric alternative. J Clin Epidemiol 1991; 44(3): 241-248.

197. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4(6): 561-571.

198. Paykel ES. The clinical interview for depression: development, reliability and validity. J Affect Disord 1985; 9(1): 85-96.

199. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25(4): 277-283.

200. Lopez-Roig S, Terol MC, Neipp MC, Leyda I, Massut B, Pico C et al. Assessing anxiety and depression with HAD scale in a cancer Spanish cancer population: a preliminary validation study. Psychooncology 1998; 7(4 Suppl): Abstract 76.

201. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-370.

202. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23(1): 56-62.

203. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale; preliminary report. Psychopharmacological Bulletin 1973; 9(1): 13-28.

204. Derogatis LR. The SCL-90: administration, scoring, and procedures for the SCL-90. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1983.

205. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K. EORTC QLQ-C30 scoring manual. Brüssel: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 1999.

206. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993; 85(5): 365-376.

207. Holzner B, Kemmler G, Cella D, De Paoli C, Meraner V, Kopp M et al. Normative data for functional assessment of cancer therapy: general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. Acta Oncol 2004; 43(2): 153-160.

208. American Psychiatric Association (Ed). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington: APA; 1994.

209. Chubon RA. Development of a quality-of-life rating scale for use in health-care evaluation. Eval Health Prof 1987; 10(2): 186-200.

210. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. Arch Gen Psychiatry 1976; 33(9): 1111-1115.

211. Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. Scand J Work Environ Health 1997; 23(Suppl 1): 49-57.

212. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. Scand J Work Environ Health 1997; 23(Suppl 1): 58-65.

213. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work ability index. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.

214. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther 2001; 39(5): 499-511.

215. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DB. Cognitive-behavioral treatment of obesity: a clinician's guide. New York: Guilford Press; 2003.

216. Malan DH. Toward the validation of dynamic psychotherapy: a replication. New York: Plenum; 1976.

217. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Invisible loyalties. Hagerstown: Harper & Row; 1973.

218. Morgan HG, Russell GF. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. Psychol Med 1975; 5(4): 355-371.

219. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell outcome assessment schedule. Br J Psychiatry 1988; 152(3): 367-371.

220. Chiappelli M, Lo Coco G, Gullo S, Bensi L, Prestano C. The outcome questionnaire 45.2: Italian validation of an instrument for the assessment of psychological treatments [Italienisch]. Epidemiol Psichiatr Soc 2008; 17(2): 152-161.

221. Lambert MJ, Hansen NB, Umphress V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM et al. Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ 45.2). Stevenson: American Professional Credentialing Services; 1996.

222. Lo Coco G, Chiappelli M, Bensi L, Gullo S, Prestano C, Lambert MJ. The factorial structure of the outcome questionnaire-45: a study with an Italian sample. Clin Psychol Psychother 2008; 15(6): 418-423.

223. Foulkes SH. Group-analytic psychotherapy: method and principles. London: Maresfield; 1986.

224. Bodlund O, Kullgren G, Ekselius L, Lindström E, Von Knorring L. Axis V: global assessment of functioning scale; evaluation of a self-report version. Acta Psychiatr Scand 1994; 90(5): 342- 347.

225. Rakowska JM. Terapia krótkoterminowa. Warschau: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.

226. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psychol Med 1983; 13(3): 595-605.

227. Derogatis LR. Brief symptom inventory: BSI; administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis: NCS Pearson; 1993.

228. Vercoulen JH, Alberts M, Bleijenberg G. De checklist individual strength (CIS). Gedragtherapie 1999; 32: 131-136.

229. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. Br Med J (Cin Res Ed) 1986; 292(6516): 344.

230. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-III-R: non-patient version for HIV studies. New York: New York State Psychiatric Institute; 1988.

231. Kuorinka J, Jonsson B, Kilbom A, Vinterbergheir H, Biering-Sørensen F, Andersson G et al. Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon 1987; 18(3): 233-237.

232. Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. J Pers Assess 1984; 48(1): 95-97.

233. Alaranta H. Factors defining impairment, disability and handicap in a population of patients examined one year following surgery for lumbar disc herniation [Finnisch]. Turku: Social Insurance lnstitution; 1985.

234. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R et al. A new measure of health-status for clinical-trials in inflammatory bowel-disease. Gastroenterology 1989; 96(3): 804-810.

235. Irvine EJ, Feagan BG, Wong CJ. Does self-administration of a quality of life index for inflammatory bowel disease change the results? J Clin Epidemiol 1996; 49(10): 1177-1185.

236. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996; 34(3): 220-233.

237. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36); I: conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473-483.

238. Ware J, Snow K, Kosinski M, Gondek B. Short form 36-health survey manual and interpretation guide. New York: Health Institute; 1993.

239. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36); III: tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care 1994; 32(1): 40-66.

240. Aitken RCB. Measurement of feelings using analogue scales. Proc R Soc Med 1969; 62(10): 989-993.

241. Conover WJ, Iman RL. Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. Am Statistn 1981; 35(3): 124-129.

242. Conover WJ, Iman RL. Analysis of covariance using the rank transformation. Biometrics 1982; 38(3): 715-724.

243. Yang M. Questioning techniques for families in systematic family therapy: experience gained from Sino-German psychotherapy workshops. Chinese Mental Health Journal 1995; 9(4): 183-185.

244. Bech P, Bolwig TG, Kramp P, Rafaelsen OJ. The Bech-Rafaelsen mania scale and the Hamilton depression scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability. Acta Psychiatr Scand 1979; 59(4): 420-430.

245. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 1962; 10(3): 799-812.

246. Li L, Hao W, Yang D, Zhang Y, Wu Z, Luo Y et al. The development of the general QOL inventory in China. Chinese Mental Health Journal 1995; 9(5): 227-231.

247. Miller IW, Bishop S, Norman WH, Maddever H. The modified Hamilton rating scale for depression: reliability and validity. Psychiatry Res 1985; 14(2): 131-141.

248. Björkman T, Svensson B. Quality of life in people with severe mental illness: reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Nord J Psychiatry 2005; 59(4): 302-306.

249. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13(2): 261-276.

250. Priebe S, Watzke S, Hansson L, Burns T. Objective social outcomes index (SIX): a method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. Acta Psychiatr Scand 2008; 118(1): 57-63.

251. World Health Organisation. WHO psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS): with a guide to use. Genua: WHO; 1988. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40429/1/9241561114.pdf.

252. Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow up study. Br Med J (Clin Res Ed) 1987; 294(6584): 1377-1380.

253. Miller S, Pagan D, Tross S, Miele GM, Cohen LR. Women's health education: in peer activism for female partners of injection drug users. New York: Columbia University; 1998. URL: http://ctndisseminationlibrary.org/display/331.htm.

254. McGahan P, Griffith J, Parente R, McLellan T. Addiction severity index composite scores manual. Philadelphia: Treatment Research Institute; 1986.

255. Tonigan JS, Miller WR, Brown JM. The reliability of Form 90: an instrument for assessing alcohol treatment outcome. J Stud Alcohol 1997; 58(4): 358-364.

256. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. Br J Addict 1983; 78(2): 145-155.

257. Von Sydow K, Schindler A, Beher S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. Die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Sucht 2010; 56(1): 21-42.

258. Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D. Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: a meta-analysis. Psychother Res 2016; 26(2): 241-257.

259. Von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. Fam Process 2010; 49(4): 457-485.

260. Strotzka H. Psychotherapie und soziale Sicherheit. Bern: Huber; 1969.

261. Perrez M, Baumann U. Systematik der klinisch-psychologischen Intervention. In: Perrez M, Baumann U (Ed). Lehrbuch klinische Psychologie: Psychotherapie. Bern: Huber; 2011. S. 341-351.

262. Song F, Parekh S, Hooper L, Loke YK, Ryder J, Sutton AJ et al. Dissemination and publication of research findings: an updated review of related biases. Health Technol Assess 2010; 14(8): iii, ix-xi, 1-193.

263. Dickersin K. The existence of publication bias and risk factors for its occurrence. JAMA 1990; 263(10): 1385-1389.

264. Wu T, Li Y, Bian Z, Liu G, Moher D. Randomized trials published in some Chinese journals: how many are randomized? Trials 2009; 10: 46.

265. Purgato M, Cipriani A, Barbui C. Randomized trials published in Chinese or Western journals: comparative empirical analysis. J Clin Psychopharmacol 2012; 32(3): 354-361.

266. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 4.2. Köln: IQWiG; 2015. URL: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf.

267. Anglemyer A, Horvath HT, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. Cochrane Database Syst Rev 2014; (4): MR000034.

268. Kuss O, Blettner M, Börgermann J. Propensity Score: eine alternative Methode zur Analyse von Therapieeffekten. Dtsch Arztebl 2016; 113(35-36): 597-603.

269. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren: Dokumentation und Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan; Auftrag N14-02 [online]. 28.07.2015 [Zugriff: 07.03.2017]. URL: https://www.iqwig.de/download/N14-02_DWA-Berichtsplan_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf.

270. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, Group C. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2008; 148(4): 295-309.

271. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapie-Verfahren [online]. 21.08.2014 [Zugriff: 07.03.2017]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2055/2014-08-21_IQWiG-Beauftragung_Systemische-Therapie.pdf.

272. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren: Berichtsplan; Auftrag N14-02 [online]. 28.07.2015 [Zugriff: 07.03.2017]. URL: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Berichtsplan_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf.

273. Crane DR, Christenson JD. A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. Contemp Fam Ther 2012; 34(2): 204-216.

274. Law DD, Crane DR. The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. J Marital Fam Ther 2000; 26(3): 281-291.

275. Law DD, Crane DR, Berge JM. The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. J Marital Fam Ther 2003; 29(3): 353-363.

276. Christenson JD, Crane DR, Bell KM, Beer AR, Hillin HH. Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. J Marital Fam Ther 2014; 40(3): 272-286.

277. Crane DR, Morton LB, Fawcett D, Moore A, Larson J, Sandberg J. Somatoform disorder: treatment utilization and cost by mental health professions. Contemp Fam Ther 2012; 34(3): 322-333.

278. Crane DR, Payne SH. Individual versus family psychotherapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. J Marital Fam Ther 2011; 37(3): 273-289.

279. Fawcett D, Crane DR. The influence of profession and therapy type on the treatment of sexual dysfunctions. J Sex Marital Ther 2013; 39(5): 453-465.

280. Moore AM, Hamilton S, Crane DR, Fawcett D. The influence of professional license type on the outcome of family therapy. Am J Fam Ther 2011; 39(2): 149-161.

281. Morgan TB, Crane DR, Moore AM, Eggett DL. The cost of treating substance use disorders: individual versus family therapy. J Fam Ther 2013; 35(1): 2-23.

282. Schade N, Torres P, Beyebach M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. Fam Syst Health 2011; 29(3): 197-205.

283. Crane DR, Hillin HH, Jakubowski SF. Costs of treating conduct disordered Medicaid youth with and without family therapy. Am J Fam Ther 2005; 33(5): 403-413.

284. Asen E. Re: The London Depression Intervention Trial. Brief an das IQWiG. 03.11.2016.

285. Li S, Armstrong MS, Chaim G, Kelly C, Shenfeld J. Group and individual couple treatment for substance abuse clients: a pilot study. Am J Fam Ther 2007; 35(3): 221-233.

286. Selbsterfahrung mit der Selbsterfahrung oder: die systemische Volkshochschule. Familiendynamik 2015; 40(2): 154-156.

287. Ataoglu A, Özcetin A, Icmeli C, Özbulut Ö. Paradoxical therapy in conversion reaction. J Korean Med Sci 2003; 18(4): 581-584.

288. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1991; 159(3): 325-333.

289. Greenberg LS, Johnson SM. Emotionally focused therapy for couples. New York: Guilford Press; 2010.

290. Johnson SM. Praxis der emotionsfokussierten Paartherapie. Paderborn: Junfermann; 2009.

291. Goldman A, Greenberg L. Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. J Consult Clin Psychol 1992; 60(6): 962-969.

292. Goldman A. The differential effects of emotionally focused therapy and a systemic interactional marital therapy [Dissertation]. Vancouver: University of British Columbia; 1988.

293. Johnson SM, Greenberg LS. Emotionally focused couples therapy: an outcome study. J Marital Fam Ther 1985; 11(3): 313-317.

294. Johnson SM, Greenberg LS. Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. J Consult Clin Psychol 1985; 53(2): 175-184.

295. Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezon MA, Ochoa de Alda Martinez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. Anales de Psiquiatria 2001; 17(2): 64-72.

296. Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Calderon MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. Apunt Psicol 2002; 20(1): 49-62.

297. Espina A, Joaristi L, Ortego MA, Ochoa de Alda I. Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles: an exploratory study [Spanisch]. Estud Psicol 2003; 24(3): 359-375.

298. Friedman AS. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(5): 619-637.

299. Garcia-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. Fam Pract 2011; 28(1): 4-11.

300. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychol Med 2010; 40(1): 73-84.

301. Haddock SA, Weiler LM, Trump LJ, Henry KL. The efficacy of internal family systems therapy in the treatment of depression among female college students: a pilot study. J Marital Fam Ther 2017; 43(1): 131-144.

302. Horigian VE, Feaster DJ, Brincks A, Robbins MS, Perez MA, Szapocznik J. The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. Addict Behav 2015; 42: 44-50.

303. Langsley D, Pittman F, Machotka P, Flomenhaft K. Family crisis therapy: results and implications. Fam Process 1968; 7(2): 145-158.

304. Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K. Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. Am J Psychiatry 1971; 127(10): 1391-1394.

305. Li Y, Jia JD, Zhang MS. Influence of family mental intervention on social function, family environment and relapse rate in first-episode schizophrenics [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(21): 4184-4185.

306. Li Y, Wang J, Yao M. A controlled clinical trial of citalopram and citalopram combined with family therapy in the treatment of anorexia nervosa [Chinesisch]. Shanghai Arch Psychiatry 2006; 18(3): 158-160.

307. Limacher B, Willi J. Wodurch unterscheidet sich die ökologisch-koevolutive Therapiekonzeption von einer systemisch-konstruktivistischen? Familiendynamik 1998; 23(2): 129-155.

308. Liu QH, Zhan LY, Gong YX, Li XL, Xie CG. Effect of one-to-one system family intervention on the reduction of schizophrenia relapse: a randomized controlled study [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(30): 4114-4115.

309. Lopes RT, Goncalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. Psychother Res 2014; 24(6): 662-674.

310. Ma ZF, Li XL, Liu QH, Zhan LY, Gong YX. Effect of individual system family intervention on the family and social functions in patients with schizophrenia: a randomized control study [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(30): 6591-6593.

311. Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2012; 27(4): 281-284.

312. Märtens M. Nebenwirkungen und Risiken in der Systemischen Therapie. In: Märtens M, Petzold H (Ed). Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag; 2002. S. 216-246.

313. Mayoral F, Berrozpe A, De la Higuera J, Martinez-Jambrina JJ, De Dios Luna J, Torres-Gonzalez F. Efficacy of a family intervention program for prevention of hospitalization in patients with schizophrenia: a naturalistic multicenter controlled and randomized study in Spain [Spanisch]. Rev Psiquiatr Salud Ment 2015; 8(2): 83-91.

314. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment: an update. Recent Dev Alcohol 2001; 15: 329-356.

315. Petzold H. Menschen sind keine Fälle: prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs [online]. 16.02.2016 [Zugriff: 04.10.2016]. URL: http://systemagazin.com/menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den-systemischen-diskurs/.

316. Schmitt A. Die Mängel des systemischen Theoriegebäude aus der Sicht eines Praktikers. Familiendynamik 2014; 39(2): 144-155.

317. Schmitt A. Handbuch Forschung für Systemiker: Buchbesprechung. Familiendynamik 2013; 38(3): 257-258.

318. Von Sydow K. Antwort auf Jürgen Hargens Leserbrief zu meinem Beitrag "Bindungstheorie und systemische Therapie" (Heft 3/08). Familiendynamik 2009; 34(1): 115-116.

319. Weisman de Mamani A, Weintraub MJ, Gurak K, Maura J. A randomized clinical trial to test the efficacy of a family-focused, culturally informed therapy for schizophrenia. J Fam Psychol 2014; 25(8): 800-810.

320. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. Br J Psychiatry Suppl 1994; (24): 96-102.

321. Zhang X, Zhang J. Family psychotherapy and remission of symptoms of schizophrenia. Chin Ment Health J 1999; 13(6): 328-329.

322. Zhang Y, Ye L, Wang Y, Qui L. Effects of drug therapy plus psychological intervention on the social ability of patients with chronic schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(1): 38-39.

323. Zhang S, Pan S, Feng Y, Zhan Y, Zhu Q. A control study of the effect of systemic family therapy to the recurrence of schizophrenia [Chinesisch]. Shandong Archive of Psychiatry 2006; 19(2): 138-139.

324. Zhao B, Shen J, Shi Y. Comparative study on family intervention on schizophrenics in community. Chin Ment Health J 1999; 13(6): 324-325.

325. Zhao B, Shen J, Shi Y, Xu D, Wang Z, Ji J. Family intervention of chronic schizophrenics in community: a follow-up study. Chin Ment Health J 2000; 14(4): 283-285.

326. Zhao ZH, Chen HM, Su XR, Hao CJ, Cao XJ, Sun DS et al. The efficacy of structural group therapy on the loneliness in male inpatients with chronic schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2010; 24(11): 818-822.

327. Wong SSL, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. J Med Libr Assoc 2006; 94(4): 451-455.

328. McKibbon KA, Wilczynski NL, Haynes RB, Hedges T. Retrieving randomized controlled trials from medline: a comparison of 38 published search filters. Health Info Libr J 2009; 26(3): 187-202.

329. Eady AM, Wilczynski NL, Haynes RB. PsycINFO search strategies identified methodologically sound therapy studies and review articles for use by clinicians and researchers. J Clin Epidemiol 2008; 61(1): 34-40.

A6 Studienlisten

A6.1 Liste der eingeschlossenen Studien

Arvand 2012

Arvand J, Shafiabadi A, Falsafinejad MR, Zali MR. The effects of group solution-focused therapy on depression and completion of treatment in patients with chronic hepatitis B. HealthMED 2012; 6(3): 925-929.

Bennun 1988

Bennun I. Evaluating family therapy: a comparison of the Milan and problem solving approaches. J Fam Ther 1986; 8(3): 225-242.

Bennun I. Treating the system or symptom: investigating family therapy for alcohol problems. Behavioural Psychotherapy 1988; 16(3): 165-176.

Bertrando 2006

Bertrando P, Cecchin G, Clerici M, Beltz J, Milesi A, Cazzullo CL. Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. J Fam Ther 2006; 28(1): 81-102.

Bressi 2008

Bressi C, Lo Baido R, Manenti S, Frongia P, Guidotti B, Maggi L et al. Schizophrenia and the clinical efficacy of the systemic family therapy: a prospectic longitudinal study [Italienisch]. Riv Psichiatr 2004; 39(3): 189-197.

Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. Psychother Psychosom 2008; 77(1): 43-49.

Cao 2007

Cao YK, Lu AI. Influence of systemic family treatment on the quality of life in schizophrenic patients? [Chinesisch]. Journal of Clinical and Psychological Medicine 2007; 17(6): 403-404.

Castelnuovo 2011

Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2011; 7: 29-37.

Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. Trials 2011; 12: 114.

Catholic University of the Sacred Heart. STRATOB: a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioural therapy and brief strategic therapy with telecare for binge-eating disorder (STRATOB); full text view [online]. In: ClinicalTrials.gov. [Zugriff: 26.04.2016]. URL: https://ClinicalTrials.gov/show/NCT01096251.

Cockburn 1997

Cockburn JT, Thomas FN, Cockburn OJ. Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. J Occup Rehabil 1997; 7(2): 97-106.

Dare 2001

Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. Br J Psychiatry 2001; 178(3): 216-221.

De Giacomo 1997

De Giacomo P, Pierri G, Santoni R, Catucci A, De Nigris S, Zavoianni L et al. New trends in family therapy of schizophrenia: technique and results of a controlled study. Dynamische Psychiatrie 1999; 32(3-6): 312-322.

De Giacomo P, Pierri G, Santoni Rugiu A, Buonsante M, Vadruccio F, Zavoianni L. Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. Acta Psychiatr Scand 1997; 95(3): 183-188.

Fabbri 2007

Fabbri S, Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. J Clin Psychiatry 2007; 68(9): 1348-1351.

Feaster 2010

Feaster DJ, Mitrani VB, Burns MJ, McCabe BE, Brincks AM, Rodriguez AE et al. A randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. Drug Alcohol Depend 2010; 111(3): 227-234.

Mitrani VB, Weiss-Laxer NS, Ow CE, Burns MJ, Ross-Russell S, Feaster DJ. Examining family networks of HIV+ women in drug recovery: challenges and opportunities. Fam Syst Health 2009; 27(3): 267-283.

Mitrani VB, McCabe BE, Robinson C, Weiss-Laxer NS, Feaster DJ. Structural Ecosystems Therapy for recovering HIV-positive women: child, mother, and parenting outcomes. J Fam Psychol 2010; 24(6): 746-755.

Mitrani VB, Feaster DJ, Weiss-Laxer NS, McCabe BE. Malaise, motivation and motherhood: predictors of engagement in behavioral interventions from a randomized controlled trial for HIV+ women in drug abuse recovery. AIDS Behav 2011; 15(2): 396-406.

Mitrani VB, McCabe BE, Burns MJ, Feaster DJ. Family mechanisms of structural ecosystems therapy for HIV-seropositive women in drug recovery. Health Psychol 2012; 31(5): 591-600.

Ingersoll-Dayton 1999

Ingersoll-Dayton B, Schroepfer T, Pryce J. The effectiveness of a solution-focused approach for problem behaviors among nursing home residents. J Gerontol Soc Work 1999; 32(3): 49-64.

Karno 2002

Beutler LE, Patterson KM, Jacob T, Shoham V, Yost E, Rohrbaugh M. Matching treatment to alcoholism subtypes. Psychotherapy 1993; 30(3): 463-472.

Karno MP, Beutler LE, Harwood TM. Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. Addict Behav 2002; 27(5): 779-797.

Shoham V, Rohrbaugh MJ, Stickle TR, Jacob T. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. J Fam Psychol 1998; 12(4): 557-577.

Knekt 2004

Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists‘ professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. J Affect Disord 2012; 138(3): 301-312.

Jyra K, Knekt P, Lindfors O. The impact of psychotherapy treatments of different length and type on health behaviour during a five-year follow-up. Psychother Res 01.02.2016 [Epub ahead of print].

Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Jarvikoski A, Virtala E, Rissanen J et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. Psychiatry Res 2015; 229(1-2): 381-388.

Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Eur Psychiatry 2010; 25(1): 1-7.

Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: Kela; 2004. (Studies in Social Security and Health; Band 77).

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychol Med 2008; 38(5): 689-703.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity—a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. J Affect Disord 2008; 107(1-3): 95-106.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T et al. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2011; 132(1-2): 37-47.

Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. J Affect Disord 2011; 135(1-3): 221-230.

Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. Nord J Psychiatry 2013; 67(1): 59-68.

Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. Psychol Med 2016; 46(6): 1175-1188.

Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from mood or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Psychiatry Res 2013; 208(2): 162-173.

Laaksonen MA, Knekt P, Sares-Jäske L, Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder. Eur Psychiatry 2013; 28(2): 117-124.

Lindfors O, Knekt P, Heinonen E, Härkänen T, Virtala E. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2015; 173: 31-38.

Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. The effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on self-concept during a 3-year follow-up. J Nerv Ment Dis 2012; 200(11): 946-953.

Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Harkanen T. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. J Affect Disord 2016; 190: 254-263.

Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Laaksonen MA et al. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up. The Journal of Mental Health Policy &Economics 2012; 15(1): 13-23.

Marttunen M, Välikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. Psychotherapy research 2008; 18(2): 191-199.

Lau 2007

Elkjaer H, Kristensen E, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M. Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. Psychol Psychother 2014; 87(2): 191-208.

Munk-Jørgensen P. Erratum: „Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. Acta Psychiatric Scand 2007:116: 96–104“. Acta Psychiatr Scand 2008; 117(2): 158-158.

Lau M, Kristensen E. Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatr Scand 2007; 116(2): 96-104.

Lemmens 2009

Lemmens GM, Eisler I, Buysse A, Heene E, Demyttenaere K. The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: a 15-month follow-up study. Psychother Psychosom 2009; 78(2): 98-105.

Li 2010

Li S, Liu S, Jiang D. Systemic treatment combined with paroxetinum in the treatment of obsessive-compulsive disorder: curative efficacy [Chinesisch]. China Modern Doctor 2010; 48(2): 27-28.

Miller 2004

Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comobidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. Depress Anxiety 2005; 21(2): 71-77.

Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. J Clin Psychiatry 2008; 69(5): 732-740.

Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? J Affect Disord 2004; 82(3): 431-436.

Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. Bipolar Disord 2008; 10(7): 798-805.

Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE et al. Family functioning in bipolar I disorder. J Fam Psychol 2006; 20(4): 701-704.

Miller 2005

Beevers CG, Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Cognitive predictors of symptom return following depression treatment. J Abnorm Psychol 2003; 112(3): 488-496.

Beevers CG, Miller IW. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2005; 73(1): 68-77.

Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2131-2138.

Priebe 2015

Priebe S, Kelley L, Omer S, Golden E, Walsh S, Khanom H et al. The effectiveness of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+) for patients with psychosis: a pragmatic cluster-randomised controlled trial in community care. Psychother Psychosom 2015; 84(5): 304-313.

Priebe 2001

Priebe S, Sinning U. Effekte einer kurzen paartherapeutischen Intervention in der Koronarrehabilitation: eine kontrollierte Studie. Psychother Psychosom Med Psychol 2001; 51(7): 276-280.

Rakowska 2011

Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychotherapy Research 2011; 21(4): 462-471.

Rakowska 2015

Rakowska JM. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress: a randomized clinical trial. Anxiety Stress Coping 2015; 28(6): 687-705.

Rodriguez Vega 2011

Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Perez E et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. Psychooncology 2011; 20(9): 943-952.

Rusell 1987

Dare C, Eisler I, Russell GFM, Szmukler GI. The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. J Marital Fam Ther 1990; 16(1): 39-57.

Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 1025-1030.

Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987; 44(12): 1047-1056.

Russell GFM, Dare C, Eisler I, Le Grange PDF. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi KA (Ed). Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington: American Psychiatric Press; 1992. S. 237-261.

Smukler GI, Dare C. The Maudsley study of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. In: Woodside BD, Shekter-Wolfson L (Ed). Family approaches in treatment of eating disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1991. S. 3-21. (Clinical Practice; Band 15).

Saarijärvi 1991

Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients: effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. J Psychosom Res 1991; 35(2-3): 265-272.

Saarijärvi S, Alanen E, Rytökoski U, Hyyppä MT. Couple therapy improves mental well-being in chronic low back pain patients: a controlled, five year follow-up study. J Psychosom Res 1992; 36(7): 651-656.

Saarijärvi S, Lahti T, Lahti I. Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. Fam Syst Med 1989; 7(3): 328-338.

Saarijärvi S, Rytökoski U, Alanen E. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients: no improvement of disability. J Psychosom Res 1991; 35(6): 671-677.

Seikkula 2013

Kuhlman I, Tolvanen A, Seikkula J. Couple therapy for depression within a naturalistic setting in Finland: factors related to change of the patient and the spouse. Contemp Fam Ther 2013; 35(4): 656-672.

Seikkula J, Aaltonen J, Kalla O, Saarinen P, Tolvanen A. Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. J Fam Ther 2013; 35(3): 281-302.

Shadick 2013

Shadick NA, Sowell NF, Frits ML, Hoffman SM, Hartz SA, Booth FD et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: a proof-of-concept study. J Rheumatol 2013; 40(11): 1831-1841.

Slesnick 2016

Ohio State University. Adolescent involvement in parental substance abuse treatment: full text view [online]. In: ClinicalTrials.gov. 20.09.2015 [Zugriff: 09.02.2016]. URL: https://clinicaltrials.gov/show/NCT01576393.

Slesnick N, Zhang J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. Psychol Addict Behav 2016; 30(6): 619-629.

Smock 2008

Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. J Marital Fam Ther 2008; 34(1): 107-120.

Stanton 1982

Stanton MD, Steier F, Todd TC. Paying families for attending sessions: counteracting the dropout problem. J Marital Fam Ther 1982; 8(3): 371-373.

Stanton MD, Todd TC (Ed). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press; 1982.

Szapocznik 2004

Feaster DJ, Brincks AM, Mitrani VB, Prado G, Schwartz SJ, Szapocznik J. The efficacy of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence with African American women. J Fam Psychol 2010; 24(1): 51-59.

Feaster DJ, Burns MJ, Brincks AM, Prado G, Mitrani VB, Mauer MH et al. Structural ecosystems therapy for HIV+ African-American women and drug abuse relapse. Fam Process 2010; 49(2): 204-219.

Mitrani VB, Prado G, Feaster DJ, Robinson-Batista C, Szapocznik J. Relational factors and family treatment engagement among low-income, HIV-positive African American mothers. Fam Process 2003; 42(1): 31-45.

Prado G, Szapocznik J, Mitrani VB, Mauer MH, Smith L, Feaster DJ. Factors influencing engagement into interventions for adaptation to HIV in African American women. AIDS Behav 2002; 6(2): 141-151.

Szapocznik J, Feaster DJ, Mitrani VB, Prado G, Smith L, Robinson-Batista C et al. Structural ecosystems therapy for HIV-seropositive African American women: effects on psychological distress, family hassles, and family support. J Consult Clin Psychol 2004; 72(2): 288-303.

Vogelaar 2011

Vogelaar L, Van‘t Spijker A, Vogelaar T, Van Busschbach JJ, Visser MS, Kuipers EJ et al. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn‘s disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn‘s disease. J Crohns Colitis 2011; 5(6): 585-591.

Vogelaar 2014

Vogelaar L, Van‘t Spijker A, Timman R, Van Tilburg AJ, Bac D, Vogelaar T et al. Fatigue management in patients with IBD: a randomised controlled trial. Gut 2014; 63(6): 911-918.

Wang 2011

Wang ZH, Li XL, Shi Y. Systemic family therapy combined with sertraline treatment for depression [Chinesisch]. Practical Clinical Medicine 2011; 12(6): 10-12.

Wirsching 1989

Wirsching M, Drings P, Georg W, Riehl J, Schmidt P. Familien-System-Konsultation beim Bronchialkrebs: eine kontrollierte prospektive Studie möglicher verarbeitungs- und verlaufsbeeinflussender Wirkungen. System Familie 1989; 2: 65-81.

Yandoli 2002

Yandoli D, Eisler I, Robbins C, Mulleady G, Dare C. A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. J Fam Ther 2002; 24(4): 402-422.

Yang 2005

Yang FR, Zhu SL, Luo WF. Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2005; 19(4): 288-290.

Zhang 2006

Zhang ML, Yuan G, Yao J, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. A controlled treatment trial of systemic family therapy for schizophrenic patients [Chinesisch]. 2006; 15(8): 711-712.

Zhang ML, Yuan GZ, Yao JJ, Ni SQ, Zhang X, An BF et al. Systematic family intervention for people with schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Psychiatry 2006; 39(2): 84.

Zhou 2003

Zhou X. The application of systemic family therapy in patients with schizophrenia [Chinesisch]. Medical Journal of Chinese People Health 2003; 15(6): 361-362.

Ziegler-Driscoll 1977

Ziegler-Driscoll G, Davis DI, Klagsbrun M. Family Research Study at Eagleville Hospital and Rehabilitation Center. Fam Process 1977; 16(2): 175-189.

Zweben 1988

Zweben A, Pearlman S, Li S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: the results of the Marital Systems Study. Br J Addict 1988; 83(8): 899-916.

A6.2 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

1. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harv Rev Psychiatry 2012; 20(2): 97-108.

2. Altman M, Wilfley DE. Evidence update on the treatment of overweight and obesity in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2015; 44(4): 521-537.

3. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev 2011; (9): CD005031.

4. Apostolo J, Queiros P, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D. The effectiveness of nonpharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2015; 13(6): 220-278.

5. Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: a systematic review. Palliat Support Care 2013; 11(3): 231-252.

6. Armando M, Pontillo M, Vicari S. Psychosocial interventions for very early and early-onset schizophrenia: a review of treatment efficacy. Curr Opin Psychiatry 2015; 28(4): 312-323.

7. Armour TA, Norris SL, Jack Jr L, Zhang X, Fisher L. The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. Diabet Med 2005; 22(10): 1295-1305.

8. Austin AM, Macgowan MJ, Wagner EF. Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. Res Soc Work Pract 2005; 15(2): 67-83.

9. Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Aucott L, Stearns SC et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. Health Technol Assess 2004; 8(21): 1-194.

10. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Arean PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. Arch Intern Med 2006; 166(20): 2182-2188.

11. Baandrup L, Ostrup Rasmussen J, Klokker L, Austin S, Bjornshave T, Fuglsang Bliksted V et al. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs: a national clinical guideline. Nord J Psychiatry 2016; 70(3): 231-240.

12. Babowitch JD, Antshel KM. Adolescent treatment outcomes for comorbid depression and substance misuse: a systematic review and synthesis of the literature. J Affect Disord 2016; 201: 25-33.

13. Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. Psycho Oncology 2013; 22(8): 1688-1704.

14. Bagnall AM, Hempel S, Chambers D, Orton V, Forbes C. The treatment and management of chronic fatigue syndrome (CFS) / myalgic encephalomyelitis (ME) in adults and children: update of CRD Report 22. York: Centre for Reviews and Dissemination; 2007. (CRD Reports; Band 35). URL: https://www.york.ac.uk/media/crd/crdreport35.pdf.

15. Baig AA, Benitez A, Quinn MT, Burnet DL. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. Ann N Y Acad Sci 2015; 1353(1): 89-112.

16. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. J Marital Fam Ther 2012; 38(1): 281-304.

17. Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev 2006; (2): CD004188.

18. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis of randomized-controlled trials. J Anxiety Disord 2016; 39: 44-64.

19. Barrett PM, Farrell L, Pina AA, Peris TS, Piacentini J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 131-155.

20. Beck NN, Johannsen M, Stoving RK, Mehlsen M, Zachariae R. Do postoperative psychotherapeutic interventions and support groups influence weight loss following bariatric surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. Obes Surg 2012; 22(11): 1790-1797.

21. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A et al. Management of eating disorders: AHRQ publication no. 06-E010 [online]. 04.2006 [Zugriff: 15.05.2015]. (Evidence Report/Technology Assessment; Band 135). URL: http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/eatingdisorders/eatdis.pdf.

22. Berner M, Günzler C. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions: a systematic review of controlled clinical trials; part 1; the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. J Sex Med 2012; 9(12): 3089-3107.

23. Bessell, Moss TP. Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: a systematic review of the empirical literature. Body Image 2007; 4(3): 227-238.

24. Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Derham H, Jordan A et al. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38(9): 659-670.

25. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD003388.

26. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013; (12): CD003388.

27. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD005042.

28. Bledsoe SE, Grote NK. Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. Res Soc Work Pract 2006; 16(2): 109-120.

29. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30(4): 293-302.

30. Bosmans JE, Van Schaik DJF, De Bruijne MC, Van Hout HPJ, Van Marwijk HWJ, Van Tulder MW et al. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? J Ment Health Policy Econ 2008; 11(1): 3-15.

31. Brandao T, Schulz MS, Matos PM. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. Psychology and Health 2014; 29(5): 491-516.

32. Brauhardt A, De Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. Int J Eat Disord 2014; 47(6): 565-584.

33. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2012; 169(9): 946-953.

34. Brooks JL, Goodfellow L, Bodde NMG, Aldenkamp A, Baker GA. Nondrug treatments for psychogenic nonepileptic seizures: what's the evidence? Epilepsy Behav 2007; 11(3): 367-377.

35. Brown TA, Keel PK. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. Subst Abuse 2012; 6(1): 33-61.

36. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007; 40(4): 310-320.

37. Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. Group Dyn 2003; 7(1): 3-12.

38. Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry 2001; 158(2): 163-175.

39. Byrne M, Doherty S, Fridlund BGA, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2016; (2): CD010988.

40. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014; (2): CD003440.

41. Cakir S, Özerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. Turk Psikiyatri Derg 2010; 21(2): 143-154.

42. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness [online]. 02.11.2009 [Zugriff: 15.05.2015]. URL: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf.

43. Cheng HY, Chair SY, Chau JP. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns 2014; 95(1): 30-44.

44. Cheston R, Ivanecka A. Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature. Int J Geriatr Psychiatry 2017; 32(1): 3-31.

45. Chien WT, Leung SF, Yeung FKK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders; part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. Neuropsychiatr Dis Treat 2013; 9: 1463-1481.

46. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. Health Technol Assess 2001; 5(35): 1-173.

47. Cooper C, Mukadam N, Katona C, Lyketsos CG, Ames D, Rabins P et al. Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. Int Psychogeriatr 2012; 24(6): 856-870.

48. Cooper K, Chatters R, Kaltenthaler E, Wong R. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. Health Technol Assess 2015; 19(56): 1-130.

49. Corcoran J, Pillai V. A review of the research on solution-focused therapy. Br J Soc Work 2009; 39(2): 234-242.

50. Costa MB, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. Einstein (Sao Paulo) 2016; 14(2): 235-277.

51. Couper J, Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne GM, Kissane D. Psychosocial adjustment of female partners of men with prostate cancer: a review of the literature. Psycho Oncology 2006; 15(11): 937-953.

52. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord 2013; 46(1): 3-11.

53. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database Syst Rev 2012; (11): CD008937.

54. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2014; (11): CD008324.

55. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder: a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. Int J Nurs Stud 2010; 47(7): 896-908.

56. Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta- analysis. J Ment Health 1999; 8(3): 275-285.

57. Cuijpers P, Cristea IA, Ebert DD, Koot HM, Auerbach RP, Bruffaerts R et al. Psychological treatment of depression in college students: a metaanalysis. Depress Anxiety 2016; 33(5): 400-414.

58. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety 2009; 26(3): 279-288.

59. Czuber-Dochan W, Ream E, Norton C. Review article: description and management of fatigue in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2013; 37(5): 505-516.

60. Dale HL, Adair PM, Humphris GM. Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. Psychooncology 2010; 19(3): 227-237.

61. David-Ferdon C, Kaslow NJ. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 62-104.

62. De Haan AM, Boon AE, De Jong JTVM, Hoeve M, Vermeiren RRJM. A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. Clin Psychol Rev 2013; 33(5): 698-711.

63. De Silva S, Parker A, Purcell R, Callahan P, Liu P, Hetrick SE. Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. Crisis 2013; 34(4): 223-232.

64. De Witte NA, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. Eur Addict Res 2014; 20(3): 105-114.

65. Droogan J, Bannigan K. A review of psychosocial family interventions for schizophrenia. Nurs Times 1997; 93(26): 46-47.

66. Dunn RL, Schwebel AI. Meta-analytic review of marital therapy outcome research. J Fam Psychol 1995; 9(1): 58-68.

67. Eassom E, Giacco D, Dirik A, Priebe S. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. BMJ Open 2014; 4(10): e006108.

68. Eccleston C, Palermo TM, Fisher E, Law E. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. Cochrane Database Syst Rev 2012; (8): CD009660.

69. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 215-237.

70. Faulkner G, Soundy AA, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. Acta Psychiatr Scand 2003; 108(5): 324-332.

71. Ferraz H, Wellman N. The integration of solution-focused brief therapy principles in nursing: a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008; 15(1): 37-44.

72. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2010; (4): CD004780.

73. Frank W, Konta B, Seiler G. Therapy of unspecific tinnitus without organic cause. GMS Health Technol Assess 2006; 2: Doc17.

74. Fritzsche K, Diederich D, Schultze-Seemann W. Psychoonkologie des Prostatakarzinoms: psychosoziale Belastungen und Behandlungsansätze; eine systematische Literaturübersicht. Z Psychosom Med Psychother 2008; 54(4): 329-353.

75. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: a systematic review. Clin Psychol Rev 2014; 34(1): 54-72.

76. George N, Abdallah J, Maradey-Romero C, Gerson L, Fass R. Review article: the current treatment of non-cardiac chest pain. Aliment Pharmacol Ther 2016; 43(2): 213-239.

77. Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. Fam Process 2000; 39(4): 477-498.

78. Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systematic qualitative review of controlled outcome studies. Res Soc Work Pract 2013; 23(3): 266-283.

79. Glenny AM, O'Meara S. Systematic review of interventions in the treatment and prevention of obesity. York: NHS Centre for Reviews & Dissemination; 1997. (CRD Reports; Band 10). URL: http://www.york.ac.uk/media/crd/crdreport10.pdf.

80. Goldbeck L, Fidika A, Herle M, Quittner AL. Psychological interventions for individuals with cystic fibrosis and their families. Cochrane Database Syst Rev 2014; (6): CD003148.

81. Gonzalez S, Artal J, Gomez E, Caballero P, Mayoral J, Moreno T et al. Early intervention in bipolar disorder: the Jano program at Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(2): 51-56.

82. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health 2011; 14(4): 277-293.

83. Griffin JM, Meis LA, MacDonald R, Greer N, Jensen A, Rutks I et al. Effectiveness of family and caregiver interventions on patient outcomes in adults with cancer: a systematic review. J Gen Intern Med 2014; 29(9): 1274-1282.

84. Guglani L, Atkinson S, Hosanagar A, Guglani L. A systematic review of psychological interventions for adult and pediatric patients with vocal cord dysfunction. Front Pediatr 2014; 2: 82.

85. Günzler C, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions: a systematic review of controlled clinical trials; part 2; the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. J Sex Med 2012; 9(12): 3108-3125.

86. Hage S, Van Meijel B, Fluttert F, Berden GFMG. Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009; 16(7): 661-669.

87. Hampson SE, Skinner TC, Hart J, Storey L, Gage H, Foxcroft D et al. Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: a systematic review. Health Technol Assess 2001; 5(10): 1-79.

88. Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. Sex Abuse 2002; 14(2): 169-194.

89. Hartmann M, Bazner E, Wild B, Eisler I, Herzog W. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. Psychother Psychosom 2010; 79(3): 136-148.

90. Heneghan AM, Horwitz SM, Leventhal JM. Evaluating intensive family preservation programs: a methodological review. Pediatrics 1996; 97(4): 535-542.

91. Henken HT, Huibers MJ, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Family therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD006728.

92. Heslehurst N, Crowe L, Robalino S, Sniehotta FF, McColl E, Rankin J. Interventions to change maternity healthcare professionals' behaviours to promote weight-related support for obese pregnant women: a systematic review. Implement Sci 2014; 9: 97.

93. Hilty DM, Shoemaker EZ, Myers K, Snowdy CE, Yellowlees PM, Yager J. Need for and steps toward a clinical guideline for the telemental healthcare of children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol 2016; 26(3): 283-295.

94. Honagodu AR, Krishna M, Sundarachar R, Lepping P. Group psychotherapies for depression in persons with HIV: a systematic review. Indian J Psychiatry 2013; 55(4): 323-330.

95. Hoon LS, Chi Sally CW, Hong-Gu H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. Eur J Oncol Nurs 2013; 17(6): 883-891.

96. Hopkinson JB, Brown JC, Okamoto I, Addington-Hall JM. The effectiveness of patient-family carer (couple) intervention for the management of symptoms and other health-related problems in people affected by cancer: a systematic literature search and narrative review. J Pain Symptom Manage 2012; 43(1): 111-142.

97. Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, Nelson JC. A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry 2015; 23(3): 261-273.

98. Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, Van Schayck CP. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2): CD003494.

99. Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, Van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD003494.

100. Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. Harv Rev Psychiatry 2000; 8(3): 126-140.

101. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. J Nerv Ment Dis 2000; 188(4): 187-201.

102. Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2015; (5): CD008729.

103. Johannsen M, Farver I, Beck N, Zachariae R. The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res Treat 2013; 138(3): 675-690.

104. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD001087.

105. Justo L, Soares BGDO, Calil H. Family interventions for bipolar disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4): CD005167.

106. Karyotaki E, Tordrup D, Buntrock C, Bertollini R, Cuijpers P. Economic evidence for the clinical management of major depressive disorder: a systematic review and quality appraisal of economic evaluations alongside randomised controlled trials. Epidemiol Psychiatr Sci 22.06.2016 [Epub ahead of print].

107. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 39-61.

108. Khan A, Tansel A, White DL, Kayani WT, Bano S, Lindsay J et al. Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease: a systematic review. Clin Gastroenterol Hepatol 2016; 14(2): 191-202.e4.

109. Kim JS. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. Research on Social Work Practice 2008; 18(2): 107-116.

110. Kim JS, Franklin C, Zhang Y, Liu X, Qu Y, Chen H. Solution-focused brief therapy in China: a meta-analysis. J Ethn Cult Divers Soc Work 2015; 24(3): 187-201.

111. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. Cochrane Database Syst Rev 2015; (6): CD004101.

112. Krishna M, Jauhari A, Lepping P, Turner J, Crossley D, Krishnamoorthy A. Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(4): 331-340.

113. Kühne F, Krattenmacher T, Beierlein V, Grimm JC, Bergelt C, Romer G et al. Minor children of palliative patients: a systematic review of psychosocial family interventions. J Palliat Med 2012; 15(8): 931-945.

114. Kumar S, Malone D. Panic disorder. BMJ Clin Evid 2008; 2008: pii: 1010.

115. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short-term and long-term efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2016; 14(7): 937-947.e4.

116. Lavda AC, Webb TL, Thompson AR. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. Br J Dermatol 2012; 167(5): 970-979.

117. Law EF, Fisher E, Fales J, Noel M, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of parent and family-based interventions for children and adolescents with chronic medical conditions. J Pediatr Psychol 2014; 39(8): 866-886.

118. Letts L, Minezes J, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C et al. Effectiveness of interventions designed to modify and maintain perceptual abilities in people with Alzheimer's disease and related dementias. Am J Occup Ther 2011; 65(5): 505-513.

119. Lindstrom M, Filges T, Jorgensen A-MK. Brief strategic family therapy for young people in treatment for drug use. Res Soc Work Pract 2015; 25(1): 61-80.

120. Littell JH, Winsvold A, Bjorndal A, Hammerstrom KT. Functional family therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems. Cochrane Database Syst Rev 2009; (4): CD006561.

121. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G et al. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. Clin Psychol Rev 2013; 33(3): 372-382.

122. Lock J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2015; 44(5): 707-721.

123. Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T. Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. Int J Evid Based Healthc 2004; 2(10): 309-338.

124. Manheimer E, Cheng K, Wieland LS, Min LS, Shen X, Berman BM et al. Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2012; (5): CD005111.

125. Markus E, Lange A, Pettigrew TF. Effectiveness of family therapy: a meta-analysis. J Fam Ther 1990; 12(3): 205-221.

126. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2011; (6): CD004718.

127. Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. Health Psychol 2004; 23(6): 599-611.

128. Martlew J, Baker GA, Goodfellow L, Bodde N, Aldenkamp A. Behavioural treatments for non-epileptic attack disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD006370.

129. Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. Cochrane Database Syst Rev 2014; (2): CD006370.

130. McAweeney MJ, Tate DG, McAweeney W. Psychosocial interventions in the rehabilitation of people with spinal cord injury: a comprehensive methodological inquiry. SCI Psychosocial Process 1997; 10(2): 58-66.

131. McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Systematic review of the effects of interventions for people bereaved by suicide. York: Centre for Reviews and Dissemination; 2008. (CRD Reports; Band 38). URL: http://www.york.ac.uk/media/crd/crdreport38.pdf.

132. McDermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. Clin Psychol (New York) 2001; 8(1): 98-116.

133. McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27(9): 987-1005.

134. Meads C, Ting S, Dretzke J, Bayliss S. A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence. Birmingham: West Midlands Health Technology Assessment Collaboration; 2007. (DPHE Reports; Band 65). URL: http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/WMHTAC/REPreports/2007/FamilyTherapy.pdf.

135. Mease AL. Meta-analysis of family therapy research [Dissertation]. Indiana: Universität; 2004.

136. Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, Macdonald R, Carlyle M et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: a systematic review. Clin Psychol Rev 2013; 33(2): 275-286.

137. Melnik T, Althof S, Atallah ÁN, Puga MEDS, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. Cochrane Database Syst Rev 2011; (8): CD008195.

138. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. Cochrane Database Syst Rev 2012; (12): CD001760.

139. Melnik T, Soares B, Nasselo AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2007; (3): CD004825.

140. Melnik T, Soares BGO, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. J Sex Med 2008; 5(11): 2562-2574.

141. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder treatment: a review of the literature. J Nerv Ment Dis 1996; 184(12): 723-730.

142. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep 1999; 22(8): 1134-1156.

143. Mustafa M, Carson-Stevens A, Gillespie D, Edwards AGK. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013; (6): CD004253.

144. Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson SL. Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. Psychiatry 2009; 72(1): 50-69.

145. Naldi L, Rzany B. Psoriasis (chronic plaque). BMJ Clin Evid 2009; 2009: pii: 1706.

146. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. J Natl Cancer Inst 2002; 94(8): 558-584.

147. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for depression in adults and older adults in primary care: an updated systematic review; AHRQ Publication no. 10-05143-EF-1 [online]. 12.2009 [Zugriff: 22.06.2016]. (AHRQ Evidence Synthesis; Band 75). URL: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/527/addepres/pdf.

148. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2014; (3): CD009802.

149. Okumura Y, Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2014; 164: 155-164.

150. Orfanos S, Banks C, Priebe S. Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom 2015; 84(4): 241-249.

151. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther 2008; 46(3): 296-321.

152. Ougrin D, Latif S. Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. Crisis 2011; 32(2): 74-80.

153. Ownsworth T, Haslam C. Impact of rehabilitation on self-concept following traumatic brain injury: an exploratory systematic review of intervention methodology and efficacy. Neuropsychol Rehabil 2016; 26(1): 1-35.

154. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2000; 20(5): 374-387.

155. Peleikis DE, Dahl AA. A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. Psychotherapy Research 2005; 15(3): 304-315.

156. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. Am J Psychiatry 2005; 162(12): 2220-2232.

157. Perry AE, Neilson M, Martyn-St James M, Glanville JM, Woodhouse R, Godfrey C et al. Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2015; (6): CD010901.

158. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophr Bull 2006; 32(Suppl 1): S64-S80.

159. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010; (12): CD000088.

160. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al. Psychological treatments in schizophrenia; I: meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med 2002; 32(5): 763-782.

161. Pinquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. Aging Ment Health 2012; 16(5): 541-558.

162. Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D. Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: a meta-analysis. Psychother Res 2016; 26(2): 241-257.

163. Pitkänen A, Puolakka K. Effectiveness of psychological and psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2013; 11(6): 157-168.

164. Pittock A, Mair E. Are psychotherapies effective in the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health 2010; 6(3): 55-71.

165. Polnay A, James VAW, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta analysis. Psychol Med 2014; 44(11): 2241-2254.

166. Popovic D, Reinares M, Scott J, Nivoli A, Murru A, Pacchiarotti I et al. Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. Psychother Psychosom 2013; 82(5): 292-298.

167. Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 2010; 197(5): 350-356.

168. Purdie N, Hattie J, Carroll A. A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: what works best. Rev Educ Res 2002; 72(1): 61-99.

169. Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? BMJ 2002; 325(1): 1082-1085.

170. Ranmal R, Prictor M, Scott JT. Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD002969.

171. Regan TW, Lambert SD, Girgis A, Kelly B, Kayser K, Turner J. Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. BMC Cancer 2012; 12(1): 279.

172. Reinares M, Bonnin CM, Hidalgo-Mazzei D, Sanchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: a systematic review. Clin Psychol Rev 2016; 43: 47-57.

173. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2012; 32(4): 251-262.

174. Riedinger V, Pinquart M, Teubert D. Effects of systemic therapy on mental health of children and adolescents: a meta-analysis. J Clin Child Adolesc Psychol 14.10.2015 [Epub ahead of print].

175. Rios AC, Noto MN, Rizzo LB, Mansur R, Martins FE, Grassi-Oliveira R et al. Early stages of bipolar disorder: characterization and strategies for early intervention. Rev Bras Psiquiatr 2015; 37(4): 343-349.

176. Riosa PB, McArthur BA, Preyde M. Effectiveness of psychosocial intervention for children and adolescents with comorbid problems: a systematic review. Child Adolesc Ment Health 2011; 16(4): 177-185.

177. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database Syst Rev 2016; (4): CD010204.

178. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? Eur J Cancer 2002; 38(11): 1447-1457.

179. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD005331.

180. Ryan R, French S. Assessing long-term therapy for the treatment of adult survivors of childhood abuse. Clayton: Centre for Clinical Effectiveness; 2003.

181. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, Killeen TK, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services; narrative review. Iran J Reprod Med 2015; 13(7): 403-412.

182. Schwartze D, Barkowski S, Burlingame GM, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2016; 10: 49-61.

183. Segredou I, Xenitidis K, Panagiotopoulou M, Bochtsou V, Antoniadou O, Livaditis M. Group psychosocial interventions for adults with schizophrenia and bipolar illness: the evidence base in the light of publications between 1986 and 2006. Int J Soc Psychiatry 2012; 58(3): 229-238.

184. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. J Affect Disord 2007; 101(1-3): 75-89.

185. Shadish WR, Montgomery LM, Wilson P, Wilson MR, Bright I, Okwumabua T. Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1993; 61(6): 992-1002.

186. Sharpnack JD. The efficacy of group bereavement interventions: an integrative review of the research literature [Dissertation]. Logan: Universität; 2001.

187. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. Br J Cancer 1999; 80(11): 1770-1780.

188. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. Cochrane Database Syst Rev 2009; (2): CD006410.

189. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 156-183.

190. Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg N, Salkovskis P et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. Health Technol Assess 2016; 20(43): 1-392.

191. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3(8): 730-739.

192. Skelton M, Khokhar WA, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. Cochrane Database Syst Rev 2015; (5): CD009785.

193. Slobodin O, De Jong JT. Family interventions in traumatized immigrants and refugees: a systematic review. Transcult Psychiatry 2015; 52(6): 723-742.

194. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: a meta-analysis of randomized controlled trials. Drug Alcohol Depend 2008; 97(3): 195-206.

195. Smith A, Cook-Cottone C. A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescents. J Clin Psychol Med Settings 2011; 18(4): 323-334.

196. Soares-Weiser K, Bravo Vergel Y, Beynon S, Dunn G, Barbieri M, Duffy S et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. Health Technol Assess 2007; 11(39): iii-iv, ix-206.

197. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clin Psychol Rev 2011; 31(5): 839-849.

198. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD002301.

199. Soo S, Moayyedi P, Deeks JJ, Delaney B, Lewis M, Forman D. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev 2011; (2): CD002301.

200. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; (2): CD001007.

201. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2012; (8): CD005652.

202. Stover CS, Meadows AL, Kaufman J. Interventions for intimate partner violence: review and implications for evidence-based practice. Prof Psychol Res Pr 2009; 40(3): 223-233.

203. Stratton P, Silver E, Nascimento N, McDonnell L, Powell G, Nowotny E. Couple and family therapy outcome research in the previous decade: what does the evidence tell us? Contemp Fam Ther 2015; 37(1): 1-12.

204. Sung-Chan P, Sung YW, Zhao X, Brownson RC. Family-based models for childhood-obesity intervention: a systematic review of randomized controlled trials. Obes Rev 2013; 14(4): 265-278.

205. Supiano KP. Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy [Dissertation]. Logan: Universität; 2013. URL: http://content.lib.utah.edu/utils/getfile/collection/etd3/id/1925/filename/1932.pdf.

206. Sylvia LG, Tilley CA, Lund HG, Sachs GS. Psychosocial interventions: empirically-derived treatments for bipolar disorder. Current Psychiatry Reviews 2008; 4(2): 108-113.

207. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. J Subst Abuse Treat 2013; 44(2): 145-158.

208. Thompson-Brenner H, Glass S, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. Clin Psychol (New York) 2003; 10(3): 269-287.

209. Thompson-Hollands J, Edson A, Tompson MC, Comer JS. Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. J Fam Psychol 2014; 28(3): 287-298.

210. Tierney S, Wyatt K. What works for adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions. Eat Weight Disord 2005; 10(2): 66-75.

211. Timmer A, Preiss JC, Motschall E, Rücker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. Cochrane Database Syst Rev 2011; (2): CD006913.

212. Torenholt R, Schwennesen N, Willaing I. Lost in translation: the role of family in interventions among adults with diabetes; a systematic review. Diabet Med 2014; 31(1): 15-23.

213. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164(1): 85-91.

214. Urban AD, Berry D, Grey M. Optimizing outcomes in adolescents with type 1 diabetes and their families. J Clin Outcomes Manag 2004; 11(5): 299-306.

215. Vallury KD, Jones M, Gray R. Do family-oriented interventions reduce poststroke depression? A systematic review and recommendations for practice. Top Stroke Rehabil 2015; 22(6): 453-459.

216. Van der Stouwe T, Asscher JJ, Stams GJ, Dekovic M, Van der Laan PH. The effectiveness of multisystemic therapy (MST): a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2014; 34(6): 468-481.

217. Vaughn MG, Howard MO. Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. Res Soc Work Pract 2004; 14(5): 325-335.

218. Verkuijlen J, Verhaak C, Nelen WLDM, Wilkinson J, Farquhar C. Psychological and educational interventions for subfertile men and women. Cochrane Database Syst Rev 2016; (3): CD011034.

219. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: from wishful thinking to an evidence-based approach. Acta Psychiatr Scand 2004; 110(Suppl 422): 34-38.

220. Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer J. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007.

221. Von Sydow K, Beher S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J. Systemische Therapie bei Störungen des Erwachsenenalters: eine Metainhaltsanalyse von 28 randomisierten Primärstudien. Psychotherapeut 2007; 52(3): 187-211.

222. Von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. Fam Process 2010; 49(4): 457-485.

223. Von Sydow K, Beher S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters: eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. Psychotherapeut 2006; 51(2): 107-143.

224. Von Sydow K, Schindler A, Beher S, Schweitzer-Rothers J, Retzlaff R. Die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Sucht 2010; 56(1): 21-42.

225. Wagena EJ, Van der Meer RM, Ostelo RJWG, Jacobs JE, Van Schayck CP. The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. Respir Med 2004; 98(9): 805-815.

226. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37(1): 238-261.

227. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychol Med 2013; 43(12): 2477-2500.

228. Weaver J, Browne J, Aras-Payne A, Magill-Cuerden J. A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). JBI Database System Rev Implement Rep 2013; 11(1): 70-122.

229. Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2006; 333(7558): 65.

230. Wood ND, Crane DR, Schaalje GB, Law DD. What works for whom: a meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. Am J Fam Ther 2005; 33(4): 273-287.

231. Woodward EN, Willoughby B. Family therapy with sexual minority youths: a systematic review. J GLBT Fam Stud 2014; 10(4): 380-403.

232. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Arch Dis Child 2002; 86(4): 251-256.

233. Yin T, Zhou Q, Bashford C. Burden on family members: caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. Nurs Res 2002; 51(3): 199-208.

234. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. J Assist Reprod Genet 2016; 33(6): 689-701.

A6.3 Liste der ausgeschlossenen Publikationen zum Thema mit Ausschlussgründen

E1

1. Abramowitz CV, Abramowitz SI, Roback HB, Jackson C. Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control. J Consult Clin Psychol 1974; 42(6): 849-853.

2. Accurso EC, Ciao AC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock JD, Le Grange D. Is weight gain really a catalyst for broader recovery? The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. Behav Res Ther 2014; 56: 1-6.

3. Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Ciao AC, Le Grange D. From efficacy to effectiveness: comparing outcomes for youth with anorexia nervosa treated in research trials versus clinical care. Behav Res Ther 2015; 65: 36-41.

4. Adams JF, Piercy FP, Jurich JA. Effects of solution focused therapy's "formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. J Marital Fam Ther 1991; 17(3): 277-290.

5. Alderfer MA, Streisand R, Simms S, Rourke MT, Barakat LP, Gallagher P et al. Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: a randomized clinical trial. J Fam Psychol 2004; 18(3): 493-504.

6. Alexander JF, Barton C, Schiavo RS, Parsons BV. Systems-behavioral intervention with families of delinquents: therapist characteristics, family behavior, and outcome. J Consult Clin Psychol 1976; 44(4): 656-664.

7. Apsche JA, Bass CK, Zeiter J, Houston MA. Family mode deactivation therapy in a residential setting: treating adolescents with conduct disorder and multi-axial diagnosis. Int J Behav Consult Ther 2008; 4(4): 328-339.

8. Asscher JJ, Dekovic M, Manders W, Van der Laan PH, Prins PJ, Van Arum S. Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. J Exp Criminol 2014; 10(2): 227-243.

9. Aydin A, Tekinsav-Sutcu S, Sorias O. Evaluation of the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program for alleviating the symptoms of social anxiety in adolescents [Türkisch]. Turk Psikiyatri Derg 2010; 21(1): 25-36.

10. Bahar Z, Ozturk M, Beser A, Baykara A, Eker G, Cakaloz B. Evaluation of interventions based on depression sign scores of adolescents. Soc Behav Pers 2008; 36(1): 123-134.

11. Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. Eat Disord 2004; 12(4): 303-314.

12. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, Fletcher KE. A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. J Consult Clin Psychol 1992; 60(3): 450-462.

13. Birmaher B, Brent DA, Kolko D, Baugher M, Bridge J, Holder D et al. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(1): 29-36.

14. Blocher WMG, Wade NG. Sustained effectiveness of two brief group interventions: comparing an explicit forgiveness-promoting treatment with a process-oriented treatment. J Ment Health Couns 2010; 32(1): 58-74.

15. Borduin CM, Mann BJ, Cone LT, Henggeler SW, Fucci BR, Blaske DM et al. Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. J Consult Clin Psychol 1995; 63(4): 569-578.

16. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(9): 877-885.

17. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J. A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(3): 263-270.

18. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C et al. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37(9): 906-914.

19. Brunk MA, Henggeler SW, Whelan JP. Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. J Consult Clin Psychol 1987; 55(2): 171-178.

20. Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. J Subst Abuse Treat 2012; 42(1): 78-86.

21. Butler SF, Fontenelle SF. Cognitive-behavioral group therapy: application with adolescents who are cognitively impaired and sexually act out. Journal for Specialists in Group Work 1995; 20(2): 121-127.

22. Carcone AI, Ellis DA, Chen X, Naar S, Cunningham PB, Moltz K. Multisystemic therapy improves the patient-provider relationship in families of adolescents with poorly controlled insulin dependent diabetes. J Clin Psychol Med Settings 2015; 22(2-3): 169-178.

23. Cepukiene V, Pakrosnis R. The outcome of solution-focused brief therapy among foster care adolescents: the changes of behavior and perceived somatic and cognitive difficulties. Child Youth Serv Rev 2011; 33(6): 791-797.

24. Chalder T, Deary V, Husain K, Walwyn R. Family-focused cognitive behaviour therapy versus psycho-education for chronic fatigue syndrome in 11- to 18-year-olds: a randomized controlled treatment trial. Psychol Med 2010; 40(8): 1269-1279.

25. Chan EK, O'Neill I, McKenzie M, Love A, Kissane DW. What works for therapists conducting family meetings: treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. J Pain Symptom Manage 2004; 27(6): 502-512.

26. Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. J Consult Clin Psychol 2010; 78(2): 225-235.

27. Christensen DN. Postmastectomy couple counseling: an outcome study of a structured treatment protocol. J Sex Marital Ther 1983; 9(4): 266-275.

28. Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Le Grange D. Predictors and moderators of psychological changes during the treatment of adolescent bulimia nervosa. Behav Res Ther 2015; 69: 48-53.

29. Cloutier PF, Manion IG, Walker JG, Johnson SM. Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: a 2-year follow-up. J Marital Fam Ther 2002; 28(4): 391-398.

30. Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, Szapocznik J. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. J Fam Psychol 2003; 17(1): 121-133.

31. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J. Brief Strategic Family Therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. Fam Process 2001; 40(3): 313-332.

32. Cordova D, Huang S, Pantin H, Prado G. Do the effects of a family intervention on alcohol and drug use vary by nativity status? Psychol Addict Behav 2012; 26(3): 655-660.

33. Creed T, Gillham J, Gallop R, Hamilton JL. Sexual trauma history does not moderate treatment outcome in Attachment-Based Family Therapy (ABFT) for adolescents with suicide ideation. J Fam Psychol 2012; 26(4): 595-605.

34. Crowe MJ. Conjoint marital therapy: advice or interpretation? J Psychosom Res 1973; 17(4): 309-315.

35. Dare C, Chania E, Eisler I, Hodes M, Dodge E. The Eating Disorder Inventory as an instrument to explore change in adolescents in family therapy for anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2000; 8(5): 369-383.

36. Davidson GN, Horvath AO. Three sessions of brief couples therapy: a clinical trial. J Fam Psychol 1997; 11(4): 422-435.

37. Dekovic M, Asscher JJ, Manders WA, Prins PJ, Van der Laan P. Within-intervention change: mediators of intervention effects during multisystemic therapy. J Consult Clin Psychol 2012; 80(4): 574-587.

38. Dembo R, Ramirez-Garnica G, Rollie M, Schmeidler J, Livingston S, Hartsfield A. Youth recidivism twelve months after a family empowerment intervention: Final report. J Offender Rehabil 2000; 31(3-4): 29-65.

39. Dembo R, Ramirez-Garnica G, Schmeidler J, Rollie M, Livingstone S, Hartfield A. Long-term impact of a Family Empowerment Intervention on juvenile offender recidivism. J Offender Rehabil 2001; 33(1): 33-57.

40. Dembo R, Schmeidler J, Seeberger W, Shemwell M, Rollie M, Pacheco K et al. Long-term impact of a Family Empowerment Intervention on juvenile offender psychosocial functioning. J Offender Rehabil 2001; 33(1): 59-109.

41. Dembo R, Schmeidler J, Wothke W. Impact of a family empowerment intervention on delinquent behavior: a latent growth model analysis. J Offender Rehabil 2003; 37(2): 17-41.

42. Dembo R, Seeberger W, Shemwell M, Klein L, Rollie M, Pacheco K et al. Psychosocial functioning among juvenile offenders 12 months after family empowerment intervention. J Offender Rehabil 2000; 32(1-2): 1-56.

43. Dembo R, Shemwell M, Guida J, Schmeidler J, Pacheco K, Seeberger W. A longitudinal study of the impact of a family empowerment intervention on juvenile offender psychosocial functioning: a first assessment. J Child Adolesc Subst Abuse 1998; 8(1): 15-54.

44. Dembo R, Wothke W, Livingston S, Schmeidler J. The impact of a family empowerment intervention on juvenile offender heavy drinking: a latent growth model analysis. Subst Use Misuse 2002; 37(11): 1359-1390.

45. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. J Subst Abuse Treat 2004; 27(3): 197-213.

46. Dennis M, Titus JC, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, Tims FM et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. Addiction 2002; 97(Suppl 1): 16-34.

47. Denton WH, Burleson BR, Clark TE, Rodriguez CP, Hobbs BV. A randomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic. J Marital Fam Ther 2000; 26(1): 65-78.

48. Diamond G, Siqueland L, Diamond GM. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. Clin Child Fam Psychol Rev 2003; 6(2): 107-127.

49. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(10): 1190-1196.

50. Dietz LJ, Marshal MP, Burton CM, Bridge JA, Birmaher B, Kolko D et al. Social problem solving among depressed adolescents is enhanced by structured psychotherapies. J Consult Clin Psychol 2014; 82(2): 202-211.

51. Dishion TJ, Nelson SE, Kavanagh K. The Family Check-Up with high-risk young adolescents: preventing early-onset substance use by parent monitoring. Behav Ther 2003; 34(4): 553-571.

52. Eisdorfer C, Czaja SJ, Loewenstein DA, Rubert MP, Arguelles S, Mitrani VB et al. The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. Gerontologist 2003; 43(4): 521-531.

53. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41(6): 727-736.

54. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48(6): 552-560.

55. Ellis DA, Janisse H, Naar-King S, Kolmodin K, Jen KL, Cunningham P et al. The effects of multisystemic therapy on family support for weight loss among obese African-American adolescents: findings from a randomized controlled trial. J Dev Behav Pediatr 2010; 31(6): 461-468.

56. Ellis DA, King P, Naar-King S, Lam P, Cunningham PB, Secord E. Effects of family treatment on parenting beliefs among caregivers of youth with poorly controlled asthma. J Dev Behav Pediatr 2014; 35(8): 486-493.

57. Ellis DA, Naar-King S, Chen X, Moltz K, Cunningham PB, Idalski-Carcone A. Multisystemic therapy compared to telephone support for youth with poorly controlled diabetes: findings from a randomized controlled trial. Ann Behav Med 2012; 44(2): 207-215.

58. Ellis DA, Naar-King S, Frey M, Templin T, Rowland M, Greger N. Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in poor metabolic control: a pilot investigation. J Clin Psychol Med Settings 2004; 11(4): 315-324.

59. Ellis DA, Yopp J, Templin T, Naar-King S, Frey MA, Cunningham PB et al. Family mediators and moderators of treatment outcomes among youths with poorly controlled type 1 diabetes: results from a randomized controlled trial. J Pediatr Psychol 2007; 32(2): 194-205.

60. Espina A, Joaristi L, Ortego MA, Ochoa de Alda I. Eating disorders, family interventions and changes in MMPI profiles: an exploratory study [Spanisch]. Estud Psicol 2003; 24(3): 359-375.

61. Espina Eizaguirre A, Ortega Saenz de Cabezon MA, Ochoa de Alda Martinez I. A controlled essay of familiar interventions in eating disorders: changes in alexithymia [Spanisch]. Anales de Psiquiatria 2001; 17(2): 64-72.

62. Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Calderon MA, Ochoa de Alda Apellaniz I. A controlled trial of family interventions in eating disorders: changes in psychopathology and social adjustment [Spanisch]. Apunt Psicol 2002; 20(1): 49-62.

63. Evans SW, Schultz BK, Demars CE, Davis H. Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for young adolescents with ADHD. Behav Ther 2011; 42(3): 462-474.

64. Fine S, Forth A, Gilbert M, Haley G. Group therapy for adolescent depressive disorder: a comparison of social skills and therapeutic support. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30(1): 79-85.

65. Fisher SG. The use of time limits in brief psychotherapy: a comparison of six-session, twelve-session, and unlimited treatment with families. Fam Process 1980; 19(4): 377-392.

66. Fonagy P, Butler S, Goodyer I, Cottrell D, Scott S, Pilling S et al. Evaluation of multisystemic therapy pilot services in the Systemic Therapy for At Risk Teens (START) trial: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2013; 14: 265.

67. Forsberg S, Fitzpatrick KK, Darcy A, Aspen V, Accurso EC, Bryson SW et al. Development and evaluation of a treatment fidelity instrument for family-based treatment of adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2015; 48(1): 91-99.

68. Frey DH, Motto JA, Ritholz MD. Group therapy for persons at risk for suicide: an evaluation using the intensive design. Psychotherapy 1983; 20(3): 281-293.

69. Friedman AS. Family therapy vs. parent groups: effects on adolescent drug abusers. Am J Fam Ther 1989; 17(4): 335-347.

70. Friedman AS. Family therapy versus parent groups: effects on adolescent drug abusers. In: Friedman AS, Granick S (Ed). Family therapy for adolescent drug abuse. Lexington: Lexington Books; 1990. S. 201-215.

71. Fung WY, Chien WT. The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia. Arch Psychiatr Nurs 2002; 16(3): 134-144.

72. Gantner A, Spohr B. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. Sucht 2010; 56(1): 71-76.

73. Gaynor ST, Weersing VR, Kolko DJ, Birmaher B, Heo J, Brent DA. 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 2003; 71(2): 386-393.

74. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. Can J Psychiatry 2000; 45(2): 173-178.

75. Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. PLoS One 2012; 7(1): e28249.

76. Godart N, Radon L, Duclos J, Berthoz S, Perdereau F, Curt F et al. Quantitative evaluation of the impact of family therapy: a randomized controlled trial comparison of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa, a 13 years follow-up months outcome. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24(Suppl 1): S112.

77. Godfrey K, Rhodes P, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Clarke S, Kohn M et al. Just one more bite: a qualitative analysis of the family meal in family-based treatment for anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2015; 23(1): 77-85.

78. Goldman A, Greenberg L. Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. J Consult Clin Psychol 1992; 60(6): 962-969.

79. Goorden M, Van der Schee E, Hendriks VM, Hakkaart-van Roijen L. Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend 2016; 162: 154-161.

80. Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability: the TOuCAN trial. Health Technol Assess 2010; 14(15): ix-xi, 1-98.

81. Guo X, Slesnick N, Feng X. Reductions in depressive symptoms among substance-abusing runaway adolescents and their primary caretakers: a randomized clinical trial. J Fam Psychol 2014; 28(1): 98-105.

82. Gustle LH, Hansson K, Sundell K, Lundh LG, Lofholm CA. Blueprints in Sweden: symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Nord J Psychiatry 2007; 61(6): 443-451.

83. Haddock SA, Weiler LM, Trump LJ, Henry KL. The efficacy of internal family systems therapy in the treatment of depression among female college students: a pilot study. J Marital Fam Ther 2017; 43(1): 131-144.

84. Hajian A, Mohammadi S. The effect of training solution-focused couples therapy on dimensions of marital intimacy. Pak J Med Sci 2013; 29(1 Suppl): 321-324.

85. Harris MA, Greco P, Wysocki T, White NH. Family therapy with adolescents with diabetes: a litmus test for clinically meaningful change. Fam Syst Health 2001; 19(2): 159-168.

86. Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE, Liddle HA. Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. J Consult Clin Psychol 2010; 78(6): 885-897.

87. Hendriks V, Van der Schee E, Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. Drug Alcohol Depend 2011; 119(1-2): 64-71.

88. Hendriks V, Van der Schee E, Blanken P. Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend 2012; 125(1-2): 119-126.

89. Hendriks VM, Van der Schee E, Blanken P. Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: a randomised controlled study [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2013; 55(10): 747-759.

90. Henggeler SW, Clingempeel WG, Brondino MJ, Pickrel SG. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(7): 868-874.

91. Henggeler SW, Letourneau EJ, Chapman JE, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR. Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. J Consult Clin Psychol 2009; 77(3): 451-462.

92. Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Scherer DG, Hanley JH. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. J Consult Clin Psychol 1997; 65(5): 821-833.

93. Henggeler SW, Melton GB, Smith LA. Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. J Consult Clin Psychol 1992; 60(6): 953-961.

94. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ, Crouch JL. Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. Am J Psychiatry 1996; 153(3): 427-428.

95. Henggeler SW, Rowland MD, Pickrel SG, Miller SL, Cunningham PB, Santos AB et al. Investigating family-based alternatives to institution-based mental health services for youth: lessons learned from the pilot study of a randomized field trial. J Clin Child Psychol 1997; 26(3): 226-233.

96. Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, Ward DM, Pickrel SG, Cunningham PB et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(11): 1331-1339.

97. Hogue A, Henderson CE, Dauber S, Barajas PC, Fried A, Liddle HA. Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. J Consult Clin Psychol 2008; 76(4): 544-555.

98. Hogue A, Liddle HA, Dauber S, Samuolis J. Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. Psychotherapy (Chic) 2004; 41(2): 83-96.

99. Homant RJ. Therapy effectiveness in a correctional institution. Offender Rehabilitation 1976; 1(1): 101-113.

100. Hops H, Ozechowski TJ, Waldron HB, Davis B, Turner CW, Brody JL et al. Adolescent health-risk sexual behaviors: effects of a drug abuse intervention. AIDS Behav 2011; 15(8): 1664-1676.

101. Horigian VE, Feaster DJ, Brincks A, Robbins MS, Perez MA, Szapocznik J. The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. Addict Behav 2015; 42: 44-50.

102. Horigian VE, Feaster DJ, Robbins MS, Brincks AM, Ucha J, Rohrbaugh MJ et al. A cross-sectional assessment of the long term effects of brief strategic family therapy for adolescent substance use. Am J Addict 2015; 24(7): 637-645.

103. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo MS, Campbell S, Allan E et al. Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2014; 14: 105.

104. Israel P, Diamond GS. Feasibility of attachment based family therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. Clin Child Psychol Psychiatry 2013; 18(3): 334-350.

105. Jansen DE, Vermeulen KM, Schuurman-Luinge AH, Knorth EJ, Buskens E, Reijneveld SA. Cost-effectiveness of multisystemic therapy for adolescents with antisocial behaviour: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health 2013; 13: 369.

106. Jensen MR, Wong JJ, Gonzales NA, Dumka LE, Millsap R, Coxe S. Long-term effects of a universal family intervention: mediation through parent-adolescent conflict. J Clin Child Adolesc Psychol 2014; 43(3): 415-427.

107. Johnson SM, Greenberg LS. Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. J Consult Clin Psychol 1985; 53(2): 175-184.

108. Kazak AE, Simms S, Alderfer MA, Rourke MT, Crump T, McClure K et al. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. J Pediatr Psychol 2005; 30(8): 644-655.

109. Kissane D, Lichtenthal WG, Zaider T. Family care before and after bereavement. Omega (Westport) 2007; 56(1): 21-32.

110. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. Am J Psychiatry 2006; 163(7): 1208-1218.

111. Kissane DW, McKenzie M, McKenzie DP, Forbes A, O'Neill I, Bloch S. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. Palliat Med 2003; 17(6): 527-537.

112. Kissane DW, Zaider TI, Li Y, Hichenberg S, Schuler T, Lederberg M et al. Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement. J Clin Oncol 2016; 34(16): 1921-1927.

113. Kolaitis G, Giannakopoulos G, Tomaras V, Christogiorgos S, Pomini V, Layiou-Lignos E et al. Self-esteem and social adjustment in depressed youths: a randomized trial comparing psychodynamic psychotherapy and family therapy. Psychother Psychosom 2014; 83(4): 249-251.

114. Kolko DJ, Brent DA, Baugher M, Bridge J, Birmaher B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4): 603-614.

115. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2014; 16(5): 40-50.

116. Kroger C, Reissner T, Vasterling I, Schutz K, Kliem S. Therapy for couples after an affair: a randomized-controlled trial. Behav Res Ther 2012; 50(12): 786-796.

117. Kuettel TJ. Affective change in dance therapy. Am J Dance Ther 1982; 5(1): 56-64.

118. Lane LG, Viney LL. The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. J Consult Clin Psychol 2005; 73(2): 284-292.

119. Latimer WW, Winters KC, D'Zurilla T, Nichols M. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. Drug Alcohol Depend 2003; 71(3): 303-317.

120. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L, Burlingame GM, Pasalic A, Durakovic E et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47(9): 1048-1062.

121. Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S, Bryson SW. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2014; 47(2): 124-129.

122. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(9): 1049-1056.

123. Le Grange D, Doyle P, Crosby RD, Chen E. Early response to treatment in adolescent bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2008; 41(8): 755-757.

124. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. Int J Eat Disord 1992; 12(4): 347-357.

125. Le Grange D, Lock J, Accurso EC, Agras WS, Darcy A, Forsberg S et al. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53(11): 1162-1167.

126. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B et al. Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. Behav Res Ther 2012; 50(2): 85-92.

127. Letourneau EJ, Ellis DA, Naar-King S, Chapman JE, Cunningham PB, Fowler S. Multisystemic therapy for poorly adherent youth with HIV: results from a pilot randomized controlled trial. AIDS Care 2013; 25(4): 507-514.

128. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. J Fam Psychol 2009; 23(1): 89-102.

129. Lewis AJ, Bertino MD, Skewes J, Shand L, Borojevic N, Knight T et al. Adolescent depressive disorders and family based interventions in the Family Options multicenter evaluation: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 384.

130. Li J, Wang X, Meng H, Zeng K, Quan F, Liu F. Systemic family therapy of comorbidity of anxiety and depression with epilepsy in adolescents. Psychiatry Investig 2016; 13(3): 305-310.

131. Liddle HA, Dakof GA, Henderson C, Rowe C. Implementation outcomes of multidimensional family therapy-detention to community: a reintegration program for drug-using juvenile detainees. Int J Offender Ther Comp Criminol 2011; 55(4): 587-604.

132. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejeda M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. Am J Drug Alcohol Abuse 2001; 27(4): 651-688.

133. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. Addiction 2008; 103(10): 1660-1670.

134. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2009; 77(1): 12-25.

135. Lindforss L, Magnusson D. Solution-focused therapy in prison. Contemp Fam Ther 1997; 19(1): 89-103.

136. Liu QX, Fang XY, Yan N, Zhou ZK, Yuan XJ, Lan J et al. Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: exploring the underlying mechanisms. Addict Behav 2015; 42: 1-8.

137. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(7): 632-639.

138. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(6): 666-672.

139. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(10): 1025-1032.

140. Luk ES, Staiger P, Mathai J, Field D, Adler R. Comparison of treatments of persistent conduct problems in primary school children: a preliminary evaluation of a modified cognitive-behavioural approach. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32(3): 379-386.

141. Lunsford-Avery JR, Judd CM, Axelson DA, Miklowitz DJ. Sleep impairment, mood symptoms, and psychosocial functioning in adolescent bipolar disorder. Psychiatry Res 2012; 200(2-3): 265-271.

142. MacInnes D, Kinane C, Beer D, Parrott J, Craig T, Eldridge S et al. Study to assess the effect of a structured communication approach on quality of life in secure mental health settings (Comquol): study protocol for a pilot cluster randomized trial. Trials 2013; 14: 257.

143. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Hay P, Touyz S. Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2015; 48(7): 919-922.

144. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. Psychol Med 2015; 45(2): 415-427.

145. Mann BJ, Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM. An investigation of systemic conceptualizations of parent-child coalitions and symptom change. J Consult Clin Psychol 1990; 58(3): 336-344.

146. Martin B. Brief family intervention: effectiveness and the importance of including the father. J Consult Clin Psychol 1977; 45(6): 1002-1010.

147. Mena MP, McCabe BE. Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. J Fam Psychol 2011; 25(4): 610-614.

148. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. Arch Gen Psychiatry 2008; 65(9): 1053-1061.

149. Naar-King S, Ellis D, Kolmodin K, Cunningham P, Jen KLC, Saelens B et al. A randomized pilot study of multisystemic therapy targeting obesity in African-American adolescents. J Adolesc Health 2009; 45(4): 417-419.

150. Naar-King S, Ellis DA, Idalski A, Frey MA, Cunningham P. Multisystemic therapy decreases parental overestimation of adolescent responsibility for type 1 diabetes management in urban youth. Fam Syst Health 2007; 25(2): 178-189.

151. Nicastro E, Continisio GI, Storace C, Bruzzese E, Mango C, Liguoro I et al. Family group psychotherapy to support the disclosure of HIV status to children and adolescents. AIDS Patient Care STDS 2013; 27(6): 363-369.

152. Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Krawczyk J, Buschmann W, Kettler C et al. Influence of family therapy on bullying behaviour, cortisol secretion, anger, and quality of life in bullying male adolescents: a randomized, prospective, controlled study. Can J Psychiatry 2006; 51(6): 355-362.

153. Nickel MK, Nickel C, Leiberich P, Tritt K, Mitterlehner FO, Lahmann C et al. Aggressive female youth benefit from outpatient family therapy: a randomized, prospective, controlled trial. Pediatr Int 2005; 47(2): 167-171.

154. Niemela M, Repo J, Wahlberg KE, Hakko H, Rasanen S. Pilot evaluation of the impact of structured child-centered interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: struggle for life trial. J Psychosoc Oncol 2012; 30(3): 316-330.

155. Nowicka P, Hoglund P, Pietrobelli A, Lissau I, Flodmark CE. Family Weight School treatment: 1-year results in obese adolescents. Int J Pediatr Obes 2008; 3(3): 141-147.

156. O'Brien MP, Miklowitz DJ, Candan KA, Marshall C, Domingues I, Walsh BC et al. A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: effects on interactional behavior. J Consult Clin Psychol 2014; 82(1): 90-101.

157. O'Callaghan P, Branham L, Shannon C, Betancourt TS, Dempster M, McMullen J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. Child Abuse Negl 2014; 38(7): 1197-1207.

158. Onnis L, Barbara E, Bernardini M, Caggese A, Di Giacomo S, Giambartolomei A et al. Family relations and eating disorders: the effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: results of a case-control systemic research. Eat Weight Disord 2012; 17(1): e36-e48.

159. Padgett VR. Videotape replay in marital therapy. Psychotherapy 1983; 20(2): 232-242.

160. Parker TS, Wampler KS. Changing emotion: the use of therapeutic storytelling. J Marital Fam Ther 2006; 32(2): 155-166.

161. Phan O, Bonnaire C, Bastard N, Jouanne C. INCANT project [Französisch]. Psychotropes 2009; 14(3-4): 137-156.

162. Phan O, Henderson CE, Angelidis T, Weil P, Van Toorn M, Rigter R et al. European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder: baseline and referral data from the INCANT trial. BMC Psychiatry 2011; 11: 110.

163. Phan O, Jouanne C, Monge S. A random clinical trial concerning the psychotherapy of adolescents addicted to cannabis [Französisch]. Ann Med Psychol (Paris) 2010; 168(2): 145-151.

164. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52(8): 851-862.

165. Renaud J, Brent DA, Baugher M, Birmaher B, Kolko DJ, Bridge J. Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: a two-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37(11): 1184-1190.

166. Rhee WK. Efficacy of brief intervention telephone psychotherapy [Dissertation]. Washington University; 2001.

167. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. Suicide Life Threat Behav 2005; 35(3): 317-328.

168. Rigter H, Henderson CE, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Hendriks V et al. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. Drug Alcohol Depend 2013; 130(1-3): 85-93.

169. Rigter H, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Grichting E, Hendriks V et al. INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. BMC Psychiatry 2010; 10: 28.

170. Rittenhouse JD. Endurance of effect: family unit treatment compared to identified patient treatment. Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association 1970; 5(Pt 2): 535-536.

171. Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K et al. Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. J Consult Clin Psychol 2011; 79(6): 713-727.

172. Robbins MS, Szapocznik J, Horigian VE, Feaster DJ, Puccinelli M, Jacobs P et al. Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. Contemp Clin Trials 2009; 30(3): 269-278.

173. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. J Dev Behav Pediatr 1994; 15(2): 111-116.

174. Robin AL, Siegel PT, Moye A. Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. Int J Eat Disord 1995; 17(4): 313-322.

175. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(12): 1482-1489.

176. Rohde P, Waldron HB, Turner CW, Brody J, Jorgensen J. Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. J Consult Clin Psychol 2014; 82(2): 342-348.

177. Rosof F. An investigation of the therapeutic role of communication in couple relationships [Dissertation]. Union Graduate School; 2005.

178. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol 2000; 68(6): 1081-1093.

179. Rotheram-Borus MJ, Stein JA, Lester P. Adolescent adjustment over six years in HIV-affected families. J Adolesc Health 2006; 39(2): 174-182.

180. Ro-Trock GK, Wellisch DK, Schoolar JC. A family therapy outcome study in an inpatient setting. Am J Orthopsychiatry 1977; 47(3): 514-522.

181. Rowland MD, Halliday-Boykins CA, Henggeler SW, Cunningham PB, Lee TG, Kruesi MJ et al. A randomized trial of multisystemic therapy with Hawaii's felix class youths. J Emot Behav Disord 2005; 13(1): 13-23.

182. Saffarpoor S, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Pashasharifi H. A comparison between the effectiveness of solution-focused brief therapy and the quadripartite model of social competence and a fusion model of these two methods on increasing social adjustment of female students residing in Tehran dormitories. J Appl Soc Psychol 2013; 43(3): 562-569.

183. Santiago CD, Lennon JM, Fuller AK, Brewer SK, Kataoka SH. Examining the impact of a family treatment component for CBITS: when and for whom is it helpful? J Fam Psychol 2014; 28(4): 560-570.

184. Santisteban D. Structural analysis of social behavior and structural family therapy: a search for the mechanisms of therapeutic change in families. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1992; 52(9-B): 4985.

185. Satin W, La Greca AM, Zigo MA, Skyler JS. Diabetes in adolescence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. J Pediatr Psychol 1989; 14(2): 259-275.

186. Sayger TV, Szykula SA, Sudweeks C. Treatment side effects: maternal positive and negative attributes of child-focused family therapy. Child Fam Behav Ther 1992; 14(1): 1-9.

187. Schaub MP, Henderson CE, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Hendriks V et al. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. BMC Psychiatry 2014; 14: 26.

188. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. Am J Psychiatry 2007; 164(4): 591-598.

189. Schmidt U, Lee S, Perkins S, Eisler I, Treasure J, Beecham J et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? Int J Eat Disord 2008; 41(6): 498-504.

190. Seidel A, Hedley D. The use of solution-focused brief therapy with older adults in Mexico: a preliminary study. Am J Fam Ther 2008; 36(3): 242-252.

191. Sexton T, Turner CW. The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. J Fam Psychol 2010; 24(3): 339-348.

192. Sexton T, Turner CW. The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. Couple Family Psychol 2011; 1(Suppl): 3-15.

193. She P, Zeng H, Yang B. Effect of self-consistency group intervention for adolescents with schizophrenia: an inpatient randomized controlled trial. J Psychiatr Res 2016; 73: 63-70.

194. Shechtman Z, Katz E. Therapeutic bonding in group as an explanatory variable of progress in the social competence of students with learning disabilities. Group Dyn 2007; 11(2): 117-128.

195. Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: phase I and II studies. J Anxiety Disord 2005; 19(4): 361-381.

196. Slesnick N, Bartle-Haring S, Gangamma R. Predictors of substance use and family therapy outcome among physically and sexually abused runaway adolescents. J Marital Fam Ther 2006; 32(3): 261-281.

197. Slesnick N, Bartle-Haring S, Glebova T, Glade A. Primary alcohol versus primary drug use among adolescents: an examination of differences. Addict Behav 2006; 31(11): 2080-2093.

198. Slesnick N, Guo X, Feng X. Change in parent- and child-reported internalizing and externalizing behaviors among substance abusing runaways: the effects of family and individual treatments. J Youth Adolesc 2013; 42(7): 980-993.

199. Slesnick N, Prestopnik JL. Ecologically based family therapy outcome with substance abusing runaway adolescents. J Adolesc 2005; 28(2): 277-298.

200. Slesnick N, Prestopnik JL. Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. J Marital Fam Ther 2009; 35(3): 255-277.

201. Smith DC, Hall JA, Williams JK, An H, Gotman N. Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. Am J Addict 2006; 15(Suppl 1): 131-136.

202. Steele RG, Aylward BS, Jensen CD, Cushing CC, Davis AM, Bovaird JA. Comparison of a family-based group intervention for youths with obesity to a brief individual family intervention: a practical clinical trial of positively fit. J Pediatr Psychol 2012; 37(1): 53-63.

203. Stein DB, Smith ED. The "REST" program: a new treatment system for the oppositional defiant adolescent. Adolescence 1990; 25(100): 891-904.

204. Steinberg EB, Sayger TV, Szykula SA. The effects of strategic and behavioral family therapies on child behavior and depression. Contemp Fam Ther 1997; 19(4): 537-551.

205. Sundell K, Hansson K, Lofholm CA, Olsson T, Gustle LH, Kadesjo C. The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. J Fam Psychol 2008; 22(4): 550-560.

206. Szapocznik J, Dillon FR, Turner CW, Mitrani VB, Feaster DJ. The efficacy of structural ecosystems therapy with drug-abusing/dependent African American and Hispanic American adolescents. J Fam Psychol 2008; 22(1): 51-61.

207. Thelen MH, Harris CS. Personality of college underachievers who improve with group psychotherapy. Pers Guid J 1968; 46(6): 561-566.

208. Thorslund KW. Solution-focused group therapy for patients on long-term sick leave: a comparative outcome study. J Fam Psychother 2007; 18(3): 11-24.

209. Timmons-Mitchell J, Bender MB, Kishna MA, Mitchell CC. An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. J Clin Child Adolesc Psychol 2006; 35(2): 227-236.

210. Tossmann P, Jonas B, Rigter H, Gantner A. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. Sucht 2012; 58(3): 157-166.

211. Tourigny M, Hebert M. Comparison of open versus closed group interventions for sexually abused adolescent girls. Violence Vict 2007; 22(3): 334-349.

212. Tourigny M, Hebert M, Daigneault I, Simoneau AC. Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. J Child Sex Abus 2005; 14(4): 71-93.

213. Tremont G, Davis J, Papandonatos GD, Grover C, Ott BR, Fortinsky RH et al. A telephone intervention for dementia caregivers: background, design, and baseline characteristics. Contemp Clin Trials 2013; 36(2): 338-347.

214. Tropp ND. Behavior change through self-control compared with group therapy and a control group. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1976; 37(5-B): 2532.

215. Turner KMT, Sanders MR. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. Behav Ther 2006; 37(2): 131-142.

216. Valdez A, Cepeda A, Parrish D, Horowitz R, Kaplan C. An adapted brief strategic family therapy for gang-affiliated Mexican American adolescents. Res Soc Work Pract 2013; 23(4): 383-396.

217. Wade SL, Carey J, Wolfe CR. An online family intervention to reduce parental distress following pediatric brain injury. J Consult Clin Psychol 2006; 74(3): 445-454.

218. Wagner DV, Borduin CM, Sawyer AM, Dopp AR. Long-term prevention of criminality in siblings of serious and violent juvenile offenders: a 25-year follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy. J Consult Clin Psychol 2014; 82(3): 492-499.

219. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. J Consult Clin Psychol 2001; 69(5): 802-813.

220. Walker JG, Johnson S, Manion I, Cloutier P. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. J Consult Clin Psychol 1996; 64(5): 1029-1036.

221. Weidman AA. Family therapy and the therapeutic community: the chemically dependent adolescent. In: Wallace BC (Ed). The chemically dependent: phases of treatment and recovery. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1992. S. 263-286.

222. Weiss B, Han S, Harris V, Catron T, Ngo VK, Caron A et al. An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. J Consult Clin Psychol 2013; 81(6): 1027-1039.

223. Weist MD, Paskewitz DA, Warner BS, Flaherty LT. Treatment outcome of school-based mental health services for urban teenagers. Community Ment Health J 1996; 32(2): 149-158.

224. Wells KC, Egan J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: comparative treatment outcome. Compr Psychiatry 1988; 29(2): 138-146.

225. Wilmshurst LA. Treatment programsfor youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of two alternate approaches. Ment Health Serv Res 2002; 4(2): 85-96.

226. Wysocki T, Greco P, Harris MA, Bubb J, White NH. Behavior therapy for families of adolescents with diabetes: maintenance of treatment effects. Diabetes Care 2001; 24(3): 441-446.

227. Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, Mertlich D, Lochrie AS, Mauras N et al. Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance of effects on diabetes outcomes in adolescents. Diabetes Care 2007; 30(3): 555-560.

228. Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, Mertlich D, Lochrie AS, Taylor A et al. Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. J Pediatr Psychol 2006; 31(9): 928-938.

229. Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, Mertlich D, Lochrie AS, Taylor A et al. Randomized, controlled trial of Behavioral Family Systems Therapy for Diabetes: maintenance and generalization of effects on parent-adolescent communication. Behav Ther 2008; 39(1): 33-46.

230. Wysocki T, Harris MA, Greco P, Bubb J, Danda CE, Harvey LM et al. Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. J Pediatr Psychol 2000; 25(1): 23-33.

231. Wysocki T, Harris MA, Greco P, Harvey LM, McDonell K, Danda CL et al. Social validity of support group and behavior therapy interventions for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. J Pediatr Psychol 1997; 22(5): 635-649.

232. Wysocki T, Miller KM, Greco P, Harris MA, Harvey LM, Taylor A et al. Behavior therapy for families of adolescents with diabetes: effects on directly observed family interactions. Behav Ther 1999; 30(3): 507-525.

233. Zaitsoff SL, Doyle AC, Hoste RR, Le Grange D. How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment? Int J Eat Disord 2008; 41(5): 390-398.

234. Zhang W, Yan TT, Du YS, Liu XH. Brief report: effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. J Autism Dev Disord 2014; 44(8): 2052-2056.

235. Zimmerman TS, Jacobsen R, MacIntyre M, Watson C. Solution-focused parenting groups: an empirical study. Journal of Systemic Therapies 1996; 15(4): 12-25.

E2

1. Drug treatment and family intervention during the aftercare treatment of schizophrenics. Psychopharmacol Bull 1981; 17(3): 87-90.

2. Brief behavioral therapy diminishes insomnia in the elderly. J Natl Med Assoc 2011; 103(9-10): 1006.

3. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. Support Care Cancer 2013; 21(Suppl 1): S80-S81.

4. “The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis”: correction to Johnsen and Friborg (2015). Psychol Bull 2016; 142(3): 290.

5. Abbott AD, Tyni-Lenne R, Hedlund R. Early rehabilitation targeting cognition, behavior, and motor function after lumbar fusion: a randomized controlled trial. Spine 2010; 35(8): 848-857.

6. Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010; 19(7): 605-613.

7. Abedi Shargh N, Bakhshani NM, Mohebbi MD, Mahmudian K, Ahovan M, Mokhtari M et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on marital satisfaction and general health in woman with infertility. Glob J Health Sci 2016; 8(3): 230-235.

8. Aboulafia-Brakha T, Ptak R. Effects of group psychotherapy on anger management following acquired brain injury. Brain Inj 2016; 30(9): 1121-1130.

9. Abraham IL, Neundorfer MM, Currie LJ. Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. Nurs Res 1992; 41(4): 196-202.

10. Abraham IL, Neundorfer MM, Terris EA. Effects of focused visual imagery on cognition and depression among nursing home residents. Journal of Mental Imagery 1993; 17(3-4): 61-76.

11. Abraham IL, Reel SJ. Cognitive nursing interventions with long-term care residents: effects on neurocognitive dimensions. Arch Psychiatr Nurs 1992; 6(6): 356-365.

12. Abrahamse ME, Junger M, Lindauer RJ. The effectiveness of parent-child interaction therapy in the Netherlands: preliminary results of a randomized controlled trial. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2012; 60(5): S88.

13. Acheson DT, Feifel D, Kamenski M, McKinney R, Risbrough VB. Intranasal oxytocin administration prior to exposure therapy for arachnophobia impedes treatment response. Depress Anxiety 2015; 32(6): 400-407.

14. Achmon J, Granek M, Golomb M, Hart J. Behavioral treatment of essential hypertension: a comparison between cognitive therapy and biofeedback of heart rate. Psychosom Med 1989; 51(2): 152-164.

15. Adachi Y. The effect of behavioral treatment of obesity and correlates of weight loss in treatment and at 2-year follow-up [Japanisch]. Japanese Journal of Behavior Therapy 1989; 15(1): 36-55.

16. Adam R, Cilene S. The effects of Gestalt and Cognitive-Behavioral therapy group interventions on the assertiveness and self-esteem of women with physical disabilities facing abuse. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2010; 71(4-B): 2715.

17. Adekeye OB, Sheikh TL, Adekeye OT. The assessment and management of sexual anxiety among selected university undergraduates. Gender and Behaviour 2012; 10(1): 4523-4532.

18. Adlbrecht C, Huber K, Reynolds HR, Carvalho AC, Dzavik V, Steg PG et al. Effects of timing, location and definition of reinfarction on mortality in patients with totally occluded infarct related arteries late after myocardial infarction. Int J Cardiol 2014; 174(1): 90-95.

19. Agbu JFO. Management of negative self-image using rational emotive and behavioural therapy and assertiveness training. ASEAN Journal of Psychiatry 2015; 16(1): 57-68.

20. Aghataher A, Mahani KN. The effect of rational emotive behavior group therapy on self-concept and depression of self-introduced drug abusers referred to ofogh addiction treatment center in Zarand (Kerman, Iran). Biomedical and Pharmacology Journal 2014; 7(1): 317-323.

21. Ahari GS, Younesi J, Borjali A, Damavandi SA. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. Iran J Cancer Prev 2012; 5(4): 183-188.

22. Ahles TA, Tope DM, Pinkson B, Walch S, Hann D, Whedon M et al. Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. J Pain Symptom Manage 1999; 18(3): 157-163.

23. Ahmadpanah M, Paghale SJ, Bakhtyari A, Kaikhavani S, Aghaei E, Nazaribadie M et al. Effects of psychotherapy in combination with pharmacotherapy, when compared to pharmacotherapy only on blood pressure, depression, and anxiety in female patients with hypertension. J Health Psychol 07.10.2014 [Epub ahead of print].

24. Aizawa K, Shoemaker JK, Overend TJ, Petrella RJ. Effects of lifestyle modification on central artery stiffness in metabolic syndrome subjects with pre-hypertension and/or pre-diabetes. Diabetes Res Clin Pract 2009; 83(2): 249-256.

25. Akbarian F, Bajoghli H, Haghighi M, Kalak N, Holsboer-Trachsler E, Brand S. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 395-404.

26. Akin Korhan E, Khorshid L, Uyar M. Reflexology: its effects on physiological anxiety signs and sedation needs. Holist Nurs Pract 2014; 28(1): 6-23.

27. Albrecht M, Krauth C, Rieger J, Lamprecht F, Kersting A, Schwartz FW. Konzept zur gesundheitsökonomischen Evaluation kurz- und längerfristiger Kosten- und Wirksamkeitsparameter eines erweiterten ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsprogramms. Gesundheitswesen 2000; 62(3): 156-160.

28. Albus C, Beutel ME, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J et al. A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD): rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. J Psychosom Res 2011; 71(4): 215-222.

29. Alessi SM, Hanson T, Wieners M, Petry NM. Low-cost contingency management in community clinics: delivering incentives partially in group therapy. Exp Clin Psychopharmacol 2007; 15(3): 293-300.

30. Alexander PC, Neimeyer RA, Follette VM. Group therapy for women sexually abused as children: a controlled study and investigation of individual differences. J Interpers Violence 1991; 6(2): 218-231.

31. Alexopoulos GS, Raue PJ, McCulloch C, Kanellopoulos D, Seirup JK, Sirey JA et al. Clinical case management versus case management with problem-solving therapy in low-income, disabled elders with major depression: a randomized clinical trial. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24(1): 50-59.

32. Allen RS, Harris GM, Burgio LD, Azuero CB, Miller LA, Shin HJ et al. Can senior volunteers deliver reminiscence and creative activity interventions? Results of the legacy intervention family enactment randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2014; 48(4): 590-601.

33. Allen RS, Hilgeman MM, Ege MA, Shuster JL Jr, Burgio LD. Legacy activities as interventions approaching the end of life. J Palliat Med 2008; 11(7): 1029-1038.

34. Altenhofer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen: ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? Psychotherapeut 2007; 52(1): 24-34.

35. Altenmüller E, Marco Pallares J, Münte TF, Schneider S. Neural reorganization underlies improvement in stroke-induced motor dysfunction by music-supported therapy. Ann N Y Acad Sci 2009; 1169: 395-405.

36. Althaus D, Zaudig M, Hauke W, Roper G, Butollo W. Wirksamkeit eines spezifisch für Zwangsstörungen entwickelten stationären Gruppentherapiekonzepts bei gleichzeitiger Verhaltenstherapie und pharmakologischer Behandlung. Verhaltenstherapie 2000; 10(1): 16-23.

37. Alvarez-Jimenez M, Gee D, McGorry PD, Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF. Preventing the second episode: a randomized controlled trial of relapse prevention therapy versus specialized treatment for remitted first-episode psychosis patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259(Suppl 1): S9.

38. Amianto F, Bertorello A, Spalatro A, Milazzo M, Signa C, Cavarero S et al. Adlerian parental counseling in eating disorders: preliminary data of a controlled clinical trial. Eat Weight Disord 2014; 19(3): 303-314.

39. Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. Int Psychogeriatr 2016; 28(5): 707-717.

40. Amin H, Sharma R. Nootropic efficacy of Satvavajaya Chikitsa and Ayurvedic drug therapy: a comparative clinical exposition. Int J Yoga 2015; 8(2): 109-116.

41. Amin MM, Ban TA, Pecknold JC, Klingner A. Clomipramine (Anafranil) and behaviour therapy in obsessive-compulsive and phobic disorders. J Int Med Res 1977; 5(Suppl 5): 33-37.

42. Anderson AL, Li SH, Markova D, Holmes TH, Chiang N, Kahn R et al. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence in non-daily users: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend 2015; 150: 170-174.

43. Anderson ML, Najavits LM. Does seeking safety reduce PTSD symptoms in women receiving physical disability compensation? Rehabil Psychol 2014; 59(3): 349-353.

44. Anderson PL, Price M, Edwards SM, Obasaju MA, Schmertz SK, Zimand E et al. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2013; 81(5): 751-760.

45. Andersson G, Carlbring P, Furmark T. Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. PLoS One 2012; 7(5): e37411.

46. Andreasson K, Krogh J, Wenneberg C, Jessen HK, Krakauer K, Gluud C et al. Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder: a randomized observer-blinded clinical trial. Depress Anxiety 2016; 33(6): 520-530.

47. Andreasson S, Hansagi H, Osterlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice; a randomized, controlled trial. Alcohol 2002; 28(1): 57-62.

48. Andres K, Schindler F, Brenner HD, Garst F, Donzel G, Schaub A. Bewältigungorientierte Gruppentherapie für Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen: eine explorative Studie. Fortschr Neurol Psychiatr 1998; 66(5): 225-232.

49. Angelovski A, Sattel H, Henningsen P, Sack M. Heart rate variability predicts therapy outcome in pain-predominant multisomatoform disorder. J Psychosom Res 2016; 83: 16-21.

50. Anker MG, Duncan BL, Sparks JA. Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. J Consult Clin Psychol 2009; 77(4): 693-704.

51. Annis HM, Chan D. The differential treatment model: empirical evidence from a personality typology of adult offenders. Crim Justice Behav 1983; 10(2): 159-173.

52. Anton DM, Olivares-Olivares PJ, Amoros-Boix M. Detection and cognitive-behavioral therapy in young adults with generalized social phobia [Spanisch]. Anales de Psicologia 2012; 28(1): 19-27.

53. Antonsen BT, Johansen MS, Ro FG, Kvarstein EH, Wilberg T. Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders? Compr Psychiatry 2016; 64: 46-58.

54. Antonsen BT, Kvarstein EH, Urnes O, Hummelen B, Karterud S, Wilberg T. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: six-year follow-up of a randomized study. Psychother Res 11.08.2015 [Epub ahead of print].

55. Aparici M, Fernandez Gonzalez AL, Alegria E. Clonidine in the treatment of tobacco withdrawal: a comparison with nicotine chewing gum [Spanisch]. Rev Clin Esp 1994; 194(6): 453-456.

56. Aposhyan HM. The efficacy of Morita therapy applied in a group modality for socially phobic adults: an outcome study. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1995; 55(11-B): 5057.

57. Appelbaum KA, Blanchard EB, Hickling EJ, Alfonso M. Cognitive behavioral treatment of a veteran population with moderate to severe rheumatoid arthritis. Behav Ther 1988; 19(4): 489-502.

58. Appels A, Bar F, Van der Pol G, Erdman R, Assman M, Trijsburg W et al. Effects of treating exhaustion in angioplasty patients on new coronary events: results of the randomized Exhaustion Intervention Trial (EXIT). Psychosom Med 2005; 67(2): 217-223.

59. Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R, Claudino AM, Godoy-Matos A, Morgan C et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(11): 1109-1116.

60. Arai M, Yoshitomi A, Ito T, Nakayama T, Takahashi N, Goto F et al. Rehabilitation therapy outcomes for patients with Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV): a comparative review of hospital and ambulatory treatments [Japanisch]. Equilib Res 2011; 70(2): 57-63.

61. Arean PA, Gum A, McCulloch CE, Bostrom A, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Treatment of depression in low-income older adults. Psychol Aging 2005; 20(4): 601-609.

62. Arean PA, Raue P, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, Alexopoulos GS. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. Am J Psychiatry 2010; 167(11): 1391-1398.

63. Arena JG, Bruno GM, Hannah SL, Meador KJ. A comparison of frontal electromyographic biofeedback training, trapezius electromyographic biofeedback training, and progressive muscle relaxation therapy in the treatment of tension headache. Headache 1995; 35(7): 411-419.

64. Arensman E, Koburger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M et al. Depression awareness and self-management through the internet: protocol for an internationally standardized approach. JMIR Res Protoc 2015; 4(3): e99.

65. Argstatter H, Grapp M, Hutter E, Plinkert PK, Bolay HV. The effectiveness of neuro-music therapy according to the Heidelberg model compared to a single session of educational counseling as treatment for tinnitus: a controlled trial. J Psychosom Res 2015; 78(3): 285-292.

66. Argstatter H, Grapp M, Plinkert PK, Bolay HV. "Heidelberg Neuro-Music Therapy" for chronic-tonal tinnitus: treatment outline and psychometric evaluation. Int Tinnitus J 2012; 17(1): 31-41.

67. Argstatter H, Plinkert P, Bolay HV. Musiktherapie bei Tinnitus: interdisziplinäre Pilotstudie zur Überprüfung des Heidelberger Modells. HNO 2007; 55(5): 375-383.

68. Arnold IA, De Waal MWM, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, Spinhoven P, Van Hemert AM. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. Psychosomatics 2009; 50(5): 515-524.

69. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob CS, Devich-Navarro M, Suddath R et al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. Psychiatr Serv 2011; 62(11): 1303-1309.

70. Aschbrenner KA, Ferron JC, Mueser KT, Bartels SJ, Brunette MF. Social predictors of cessation treatment use among smokers with serious mental illness. Addict Behav 2015; 41: 169-174.

71. Asgharipoor N, Asgharnejad Farid A, Arshadi H, Sahebi A. A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. Iran J Psychiatry Behav Sci 2012; 6(2): 33-41.

72. Ashman T, Cantor JB, Tsaousides T, Spielman L, Gordon W. Comparison of cognitive behavioral therapy and supportive psychotherapy for the treatment of depression following traumatic brain injury: a randomized controlled trial. J Head Trauma Rehabil 2014; 29(6): 467-478.

73. Ashouri A, Malayeri MT, Fadaee Z. The effectiveness of assertive training group therapy in decreasing aggression and improving academic achievement in high school students [Farsi]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2009; 14(4): 389-393.

74. Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the improvement of coping skills and relapse prevention in addicted individuals [Farsi]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(3): 281-288.

75. Asuzu C, Tondo J. Effects of covert sensitization and group therapy intervention in fostering tobacco smoking cessation among Nigerian commercial motorcyclists in Ibadan. Psychooncology 2013; 22(Suppl 3): 59-60.

76. Atkins DC, Berns SB, George WH, Doss BD, Gattis K, Christensen A. Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. J Consult Clin Psychol 2005; 73(5): 893-903.

77. Aubin S, Heiman JR, Berger RE, Murallo AV, Yung Wen L. Comparing Sildenafil alone vs. Sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: a pilot study. J Sex Marital Ther 2009; 35(2): 122-143.

78. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. J Affect Disord 2008; 105(1-3): 35-44.

79. Avants SK, Margolin A, Usubiaga MH, Doebrick C. Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: a randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. J Subst Abuse Treat 2004; 26(2): 67-78.

80. Avia MD, Ruiz M, Olivares M, Crespo M, Guisado AB, Sanchez A et al. The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. Behav Res Ther 1996; 34(1): 23-31.

81. Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. Iran J Psychiatry 2010; 5(2): 60-65.

82. Azizi M, Bahrieniain SA, Baghdasarians A, Emamipur S, Azizmohammadi Z, Qutbi SM et al. The role of cognitive group therapy and happiness training on cerebral blood flow using 99mTc-ECD brain perfusion SPECT: a quasi-experimental study of depressed patients. Nuklearmedizin 2014; 53(5): 205-210.

83. Bachar E, Canetti L, Yonah I, Bonne O. Group versus individual supportive: expressive psychotherapy for chronic, symptomatically stabilized outpatients. Psychother Res 2004; 14(2): 244-251.

84. Badger JM, Morris PL. Observations of a support group for automatic implantable cardioverter-defibrillator recipients and their spouses. Heart Lung 1989; 18(3): 238-243.

85. Baez Gallo C, Echeburua Odriozola E, Fernandez-Montalvo J. Demographic traits and psychopathology of pathological slot machine gamblers in treatment: a descriptive study [Spanisch]. Clinica y Salud 1994; 5(3): 289-305.

86. Baglio F, Griffanti L, Saibene FL, Ricci C, Alberoni M, Critelli R et al. Multistimulation group therapy in Alzheimer's disease promotes changes in brain functioning. Neurorehabil Neural Repair 2015; 29(1): 13-24.

87. Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Motlagh AG. Cognitive-existential group therapy and cognitive instructional therapy for breast cancer patients [Farsi]. Journal of Iranian Psychologists 2010; 6(23): 201-214.

88. Bahmani B, Ranjbar TK, Ranjbar SK, Motlagh A. Cognitive-existential group therapy: an effective way to improve depression in women with breast cancer. Psychooncology 2011; 20(Suppl 2): 208.

89. Bahremand M, Moradi G, Saeidi M, Mohammadi S, Komasi S. Reducing irrational beliefs and pain severity in patients suffering from non-cardiac chest pain (NCCP): a comparison of relaxation training and metaphor therapy. Korean J Pain 2015; 28(2): 88-95.

90. Bailer U, De Zwaan M, Leisch F, Strnad A, Lennkh-Wolfsberg C, El-Giamal N et al. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2004; 35(4): 522-537.

91. Bailey KG. Audiotape self-confrontation in group psychotherapy. Psychol Rep 1970; 27(2): 439-444.

92. Bailey WL. A comparison of the effects of visual-sensory-commitment-action group therapy with commitment-action group therapy only and no-treatment control group of obese university females. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1972; 32(7-A): 3773.

93. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Prospective randomized study of individual and group psychotherapy versus controls in recipients of renal transplants. Kidney Int 2004; 65(5): 1937-1942.

94. Baines S, Saxby P, Ehlert K. Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people. Br J Psychiatry 1987; 151(2): 222-231.

95. Bajbouj M. Cognitive-behavioural therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression (NCT00437385). Eur Neuropsychopharmacol 2015; 25(Suppl 2): S117.

96. Baldacara L, Cogo-Moreira H, Parreira BL, Diniz TA, Milhomem JJ, Fernandes CC et al. Efficacy of topiramate in the treatment of crack cocaine dependence: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2016; 77(3): 398-406.

97. Baldwin D, Johnstone B, Ge B, Hewett J, Smith M, Sharp G. Randomized prospective study of a work place ergonomic intervention for individuals with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthritis Care Res 2012; 64(10): 1527-1535.

98. Ball J, Kearney B, Wilhelm K, Dewhurst-Savellis J, Barton B. Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. Behav Cogn Psychother 2000; 28(1): 71-85.

99. Ball JR. A controlled evaluation of psychological treatments for anorexia nervosa (cognitive behavior therapy, behavioral family therapy). Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 59(11-B): 5781.

100. Ballesio A, Aquino M, Feige B, Johann A, Kyle SD, Spiegelhalder K et al. The impact of cognitive behavioral therapy for insomnia on fatigue symptoms: a systematic examination of randomized controlled trials. Sleep 2016; 39(Abstract Suppl): A211.

101. Banys P, Tusel DJ, Sees KL, Reilly PM, Delucchi KL. Low (40 mg) versus high (80 mg) dose methadone in a 180-day heroin detoxification program. J Subst Abuse Treat 1994; 11(3): 225-232.

102. Baranok N. Treatment of family codependency as a factor promoting remission in opiate addicts. In: Boutros N (Ed). The international psychiatry and behavioral neurosciences yearbook - 2012, Vol 2. Hauppauge: Nova Biomedical Books; 2013. S. 275-280.

103. Barbe RP, Bridge JA, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression. J Clin Psychiatry 2004; 65(1): 77-83.

104. Barbeito S, Alberich S, Martinez M, Fernandez M, Maria PL, Saenz M et al. The impact of a groupal family treatment in the outcome of bipolar patients. Int Clin Psychopharmacol 2011; 26(Suppl): e11.

105. Barekatain M, Taghavi T, Salehi M, Hasanzadeh A. The efficacy of Rational-Emotive-Behavioral versus relaxation group therapies in treatment of aggression of offspring of veterans with post traumatic stress disorder. J Res Med Sci 2006; 11(1): 34-40.

106. Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. J Consult Clin Psychol 2001; 69(6): 926-941.

107. Barr K, Emer D, Keller P. Teaching group process to mentally ill adult clients: effect on client ratings of self-esteem and psychological well-being. Journal for Specialists in Group Work 2001; 26(1): 48-65.

108. Barrera M Jr. An evaluation of a brief group therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1979; 47(2): 413-415.

109. Barrett K, Chang YP. Behavioral interventions targeting chronic pain, depression, and substance use disorder in primary care. J Nurs Scholarsh 2016; 48(4): 345-353.

110. Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(10): 1005-1014.

111. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(1): 46-62.

112. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. Am J Psychiatry 2001; 158(10): 1706-1713.

113. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. BMJ 2010; 341: c6325.

114. Barrowclough C, Tarrier N. Social functioning in schizophrenic patients; I: the effects of expressed emotion and family intervention. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990; 25(3): 125-129.

115. Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S, Sellwood W, Mainwaring J, Quinn J et al. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. Br J Psychiatry 1999; 174(6): 505-511.

116. Basler HD, Brinkmeier U, Buser K, Haehn KD, Molders-Kober R. Psychological group treatment of obese essential hypertensives by lay therapists in rural general practice settings. J Psychosom Res 1985; 29(4): 383-391.

117. Basler H-D, Brinkmeier U, Buser K, Haehn KD, Molders-Kober R. Psychological group treatment of essential hypertension in general practice. Br J Clin Psychol 1982; 21(4): 295-302.

118. Baspinar Can P, Dereboy C, Eskin M. Comparison of the effectiveness of cognitive restructuring and systematic desensitization in reducing high-stakes test anxiety [Türkisch]. Turk Psikiyatri Derg 2012; 23(1): 9-17.

119. Bass JK, Annan J, McIvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. N Engl J Med 2013; 368(23): 2182-2191.

120. Bass JK, Annan J, Murray SM, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T et al. Erratum: "Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence" (N Engl J Med 2013; 368(23): 2182-2191). N Engl J Med 2014; 370(26): 2547.

121. Bassett DL, Pilowsky I. A study of brief psychotherapy for chronic pain. J Psychosom Res 1985; 29(3): 259-264.

122. Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC, Blais FC, Bouchard S. Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. J Consult Clin Psychol 2004; 72(4): 653-659.

123. Bastien S, Jacobs A. Dear Sheila: an experimental study of the effectiveness of written communication as a form of psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1974; 42(1): 151.

124. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry 2008; 165(5): 631-638.

125. Batoff SB. A short-term rational emotive behavior therapy group for aiding men's growth and awareness. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1997; 57(10-B): 6555.

126. Baucom BR, Atkins DC, Rowe LS, Doss BD, Christensen A. Prediction of treatment response at 5-year follow-up in a randomized clinical trial of behaviorally based couple therapies. J Consult Clin Psychol 2015; 83(1): 103-114.

127. Baucom DH, Hahlweg K, Kuschel A. Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? Behav Ther 2003; 34(2): 179-188.

128. Baucom DH, Sayers SL, Sher TG. Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: an outcome investigation. J Consult Clin Psychol 1990; 58(5): 636-645.

129. Baucom KJ, Sevier M, Eldridge KA, Doss BD, Christensen A. Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: outcome and link with five-year follow-up. J Consult Clin Psychol 2011; 79(5): 565-576.

130. Bauer MS, Biswas K, Kilbourne AM. Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. Am J Psychiatry 2009; 166(11): 1244-1250.

131. Bay E, Chan R, Grimm C. Complex intervention development: a positive focused mindfulness group intervention compared to healthy living after TBI. J Head Trauma Rehabil 2015; 30(3): E81.

132. Bay E, Chan R, Larson J. Mindfulness-based group therapy vs healthy living intervention: a pilot RCT intervention. Brain Inj 2014; 28(5-6): 690.

133. Bazzoni A, Rosicarelli ML, Picardi A, Mudu P, Roncone R, Morosini P. A controlled clinical trial of a group intervention for relatives of patients with schizophrenia [Italienisch]. Italian Journal of Psychopathology 2003; 9(1): 10-16.

134. Beach SRH, O'Leary KD. The treatment of depression occurring in the context of marital discord. Behav Ther 1986; 17(1): 43-49.

135. Beach SRH, O'Leary KD. Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of responseof marital therapy versus cognitive therapy. Behav Ther 1992; 23(4): 507-528.

136. Beauchamp MC, Lecomte T, Lecomte C, Leclerc C, Corbiere M. Do personality traits matter when choosing a group therapy for early psychosis? Psychol Psychother 2013; 86(1): 19-32.

137. Bechdolf A. Preventing progression to first-episode psychosis in people in the early initial prodromal state. Early Interv Psychiatry 2012; 6(Suppl 1): 11.

138. Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S, Harrigan S, Putzfeld V, Pukrop R et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. Br J Psychiatry 2012; 200(1): 22-29.

139. Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R, Wright F. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. Am J Psychiatry 1992; 149(6): 778-783.

140. Beemster TT, Van Velzen JM, Van Bennekom CAM, Frings-Dresen MHW, Reneman MF. Cost-effectiveness of 40-hour versus 100-hour vocational rehabilitation on work participation for workers on sick leave due to subacute or chronic musculoskeletal pain: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 317.

141. Bekiroglu T, Ovayolu N, Ergun Y, Ekerbicer HC. Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients. Complement Ther Med 2013; 21(3): 147-154.

142. Belanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. Am J Fam Ther 2015; 43(2): 103-118.

143. Belanoff JK, Sund B, Koopman C, Blasey C, Flamm J, Schatzberg AF et al. A randomized trial of the efficacy of group therapy in changing viral load and CD4 counts in individuals living with HIV infection. Int J Psychiatry Med 2005; 35(4): 349-362.

144. Bell MJ, Lineker SC, Wilkins AL, Goldsmith CH, Badley EM. A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of community based physical therapyin the treatment of people with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1998; 25(2): 231-237.

145. Belleville G, Cousineau H, Levrier K, St Pierre Delorme ME, Marchand A. The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. J Anxiety Disord 2010; 24(4): 379-386.

146. Beltman MW, Oude Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2010; 197(1): 11-19.

147. Bennebroek Evertsz F, Bockting CL, Stokkers PC, Hinnen C, Sanderman R, Sprangers MA. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol (KL!C- study). BMC Psychiatry 2012; 12: 227.

148. Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. J Rheumatol 1996; 23(3): 521-528.

149. Benson AL, Eisenach D, Abrams L, Van Stolk-Cooke K. Stopping overshopping: a preliminary randomized controlled trial of group therapy for compulsive buying disorder. J Groups Addict Recover 2014; 9(2): 97-125.

150. Benson LA, Sevier M, Christensen A. The impact of behavioral couple therapy on attachment in distressed couples. J Marital Fam Ther 2013; 39(4): 407-420.

151. Ben-Zion I, Rothschild S, Chudakov B, Aloni R. Surrogate versus couple therapy in vaginismus. J Sex Med 2007; 4(3): 728-733.

152. Beran J. A contribution to the follow-up of the effects of group therapy treatment [Tschechisch]. Ceska Slov Psychiatr 1993; 89(3): 166-172.

153. Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. Psychother Psychosom 2000; 69(3): 117-122.

154. Berg KM, Litwin AH, Li X, Heo M, Arnsten JH. Lack of sustained improvement in adherence or viral load following a directly observed antiretroviral therapy intervention. Clin Infect Dis 2011; 53(9): 936-943.

155. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. J Oral Pathol Med 1995; 24(5): 213-215.

156. Berger D. Double blinding requirement for validity claims in cognitive-behavioral therapy intervention trials for major depressive disorder: analysis of Hollon S, et al., effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: a randomized clinical trial. F1000Res 2015; 4: 639.

157. Berger L, Fisher M, Brondino M, Bohn M, Gwyther R, Longo L et al. efficacy of acamprosate for alcohol dependence in a family medicine setting in the united states: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37(4): 668-674.

158. Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. J Affect Disord 2004; 80(1): 75-78.

159. Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Sodersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. Proc Natl Acad Sci U S A 2002; 99(14): 9486-9491.

160. Berglund N, Vahlne JO, Edman A. Family intervention in schizophrenia: impact on family burden and attitude. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38(3): 116-121.

161. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. JAMA 2003; 289(23): 3106-3116.

162. Berkowitz R. Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families: a description of a clinical research project. J Fam Ther 1984; 6(3): 211-233.

163. Bernardy K, Fuber N, Kollner V, Hauser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol 2010; 37(10): 1991-2005.

164. Bernhard B. Cognitive-psychoeducative group therapy for patients with bipolar disorder. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 21.

165. Bernhardsdottir J, Vilhjalmsson R, Champion JD. Evaluation of a brief cognitive behavioral group therapy for psychological distress among female Icelandic University students. Issues Ment Health Nurs 2013; 34(7): 497-504.

166. Berrill JW, Sadlier M, Hood K, Green JT. Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. J Crohns Colitis 2014; 8(9): 945-955.

167. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Ohlenschlaeger J, Le Quach P et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Arch Gen Psychiatry 2008; 65(7): 762-771.

168. Bertolin-Guillen JM, Bertolin-Colilla M. Effectiveness of mindfulness-based therapies as an alternative or adjuvant of antidepressants in the treatment of depression. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21(Suppl 3): S367-S368.

169. Best JR, Goldschmidt AB, Mockus-Valenzuela DS, Stein RI, Epstein LH, Wilfley DE. Shared weight and dietary changes in parent-child dyads following family-based obesity treatment. Health Psychol 2016; 35(1): 92-95.

170. Beutel ME, Knickenberg RJ, Krug B, Mund S, Schattenburg L, Zwerenz R. Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients: with an emphasis on work-related conflicts. Int J Group Psychother 2006; 56(3): 285-305.

171. Beutler LE, et al. Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: an experience with deterioration effects. Psychiatry 1984; 47(1): 66-76.

172. Bischof G, Iwen J, Freyer-Adam J, Rumpf HJ. Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend 2016; 163: 179-185.

173. Bjornsson AS. Specific and non-specific factors in the cognitive-behavioral group therapy of college students with social anxiety disorder: a randomized clinical trial. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2010; 70(7-B): 4476.

174. Bjornsson AS, Bidwell LC, Brosse AL, Carey G, Hauser M, MacKiewicz Seghete KL et al. Erratum: "Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: a randomized controlled trial" (Depress Anxiety 2011; 28(11): 1034-1042). Depress Anxiety 2013; 30(11): 1145-1146.

175. Bjornsson AS, Bidwell LC, Brosse AL, Carey G, Hauser M, Mackiewicz Seghete KL et al. Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: a randomized controlled trial. Depress Anxiety 2011; 28(11): 1034-1042.

176. Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. Br J Psychiatry 1997; 171(4): 328-334.

177. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(3): 286-295.

178. Blazquez FP, Medina PM, Guerrero AG. Gaudiebility group therapy in depressed patients: a pilot study. Rev Int Psicol Ter Psicol 2014; 14(1): 59-69.

179. Bliddal H, Leeds AR, Stigsgaard L, Astrup A, Christensen R. Weight loss as treatment for knee osteoarthritis symptoms in obese patients: 1-year results from a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2011; 70(10): 1798-1803.

180. Block JA, Wulfert E. Acceptance or change: treating socially anxious college students with ACT or CBGT. Behavior Analyst Today 2000; 1(2): 3-10.

181. Blom K, How M, Dai M, Baker B, Irvine J, Abbey S et al. Hypertension Analysis of stress Reduction using Mindfulness meditatiON and Yoga (the HARMONY Study): study protocol of a randomised control trial. BMJ Open 2012; 2(2): e000848.

182. Blom K, Jernelov S, Ruck C, Lindefors N, Kaldo V. Three-year follow-up of insomnia and hypnotics after controlled internet treatment for insomnia. Sleep 2016; 39(6): 1267-1274.

183. Blom K, Tarkian Tillgren H, Wiklund T, Danlycke E, Forssen M, Soderstrom A et al. Internet- vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: a randomized controlled non-inferiority trial. Behav Res Ther 2015; 70: 47-55.

184. Blom MM, Bosmans JE, Cuijpers P, Zarit SH, Pot AM. Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2013; 13: 17.

185. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2005; 73(4): 647-657.

186. Bodden DH, Dirksen CD, Bogels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J et al. Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. Clin Child Psychol Psychiatry 2008; 13(4): 543-564.

187. Boden WE, Van Gilst WH, Scheldewaert RG, Starkey IR, Carlier MF, Julian DG et al. Diltiazem in acute myocardial infarction treated with thrombolytic agents: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2000; 355(9217): 1751-1756.

188. Bodenmann G, Plancherel B, Beach SR, Widmer K, Gabriel B, Meuwly N et al. Effects of coping-oriented couples therapy on depression: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2008; 76(6): 944-954.

189. Boe EE, Gocka EF, Kogan WS. The effect of group psychotherapy on interpersonal perceptions of psychiatric patients. Multivariate Behav Res 1966; 1(2): 177-187.

190. Bogels SM, Siqueland L. Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(2): 134-141.

191. Bollenbach A. A comparison of three cognitive treatments in alleviating depression. 1982.

192. Bommert H, Mann F, Staus H. Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975; 4(4): 239-249.

193. Bommert H, Minsel WR, Fittgau B, Langer I, Tausch R. Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei psychoneurotischen Klienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1972; 1(1): 48-63.

194. Bonsaksen T, Borge FM, Hoffart A. Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. Int J Group Psychother 2013; 63(3): 394-417.

195. Boogar IR, Tabatabaeian M. Effect of cognitive-behavioral group therapy on depression of the patients with chronic low back pain: a 4-months follow up [Persisch]. Faslnamahi Kumish 2012; 13(2): 209-217.

196. Bordbar MRF, Soltanifar A, Talaei A. Short-term family-focused psycho-educational program for bipolar mood disorder in Mashhad. Iran J Med Sci 2009; 34(2): 104-109.

197. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Speca M, Sela R et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. J Clin Oncol 2003; 21(10): 1944-1951.

198. Borgeat F, O'Connor K, Amado D, St-Pierre-Delorme ME. Psychotherapy augmentation through preconscious priming. Front Psychiatry 2013; 4: 15.

199. Borges CP, Meyer E, Ferrao YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. Psychother Psychosom 2011; 80(4): 249-250.

200. Borkoles E, Polman R. Lifestyle intervention programmes for clinically obese clients: need for psychological and physical profiling. Obes Res Clin Pract 2013; 7(Suppl 2): e70.

201. Borkovec TD. Effects of expectancy on the outcome of systematic desensitization and implosive treatments for analogue anxiety. Behav Ther 1972; 3(1): 29-40.

202. Borkovec TD, Kaloupek DG, Slama KM. The facilitative effect of muscle tension release in the relaxation treatment of sleep disturbance. Behav Ther 1975; 6(3): 301-309.

203. Bornstein HA. A meta-analysis of group treatments for post-traumatic stress disorder: how treatment modality affects symptoms. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2004; 64(10-B): 5207.

204. Bornstein PH, Sipprelle CN. Group treatment of obesity by induced anxiety. Behav Res Ther 1973; 11(3): 339-341.

205. Borowski T, Tolwinski T. Treatment of paranoid schizophrenics with chlorpromazine and group therapy. Dis Nerv Syst 1969; 30(3): 201-202.

206. Bosecker P, Stander S, Heuft G, Dieckmann L, Schneider G. Konzept und Evaluation einer einstündigen psychoedukativen Gruppenintervention für Patienten mit chronischem Pruritus. Z Psychosom Med Psychother 2011; 57(4): 377-386.

207. Bosmans JE, Brook OH, Van Hout HP, De Bruijne MC, Nieuwenhuyse H, Bouter LM et al. Cost effectiveness of a pharmacy-based coaching programme to improve adherence to antidepressants. Pharmacoeconomics 2007; 25(1): 25-37.

208. Boutin DL. Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: a review of the literature. Journal for Specialists in Group Work 2007; 32(3): 267-284.

209. Bowen DJ, Spring B, Fox E. Tryptophan and high-carbohydrate diets as adjuncts to smoking cessation therapy. J Behav Med 1991; 14(2): 97-110.

210. Bower P, Richards D, Lovell K. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract 2001; 51(1): 838-845.

211. Bowers TG, Al-Redha MR. A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. J Stud Alcohol 1990; 51(4): 301-309.

212. Boyd GM. Effects of group therapy on levels of depression of family caregivers of patients with dementia residing in nursing homes. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2006; 67(4-B): 2215.

213. Boye B, Lundin KE, Jantschek G, Leganger S, Mokleby K, Tangen T et al. INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. Inflamm Bowel Dis 2011; 17(9): 1863-1873.

214. Boyer BE, Geurts HM, Prins PJM, Van der Oord S. One-year follow-up of two novel CBTs for adolescents with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25(3): 333-337.

215. Boyle GJ, Ciccone VM. Relaxation alone and in combination with rational emotive therapy: effects on mood and pain. Pain Clinic 1994; 7(4): 253-265.

216. Bradley GM, Couchman GM, Perlesz A, Nguyen AT, Singh B, Riess C. Multiple-family group treatment for English- and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. Psychiatr Serv 2006; 57(4): 521-530.

217. Bradley LA, Turner RA, Young LD, Agudelo CA, Anderson KO, McDaniel LK. Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis (RA) patients: preliminary outcomes. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy 1985; 14(2): 51-64.

218. Bradley RG, Follingstad DR. Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study. J Trauma Stress 2003; 16(4): 337-340.

219. Brakemeier EL, Merkl A, Wilbertz G, Quante A, Regen F, Buhrsch N et al. Erratum: "Cognitive-behavioral therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression: a randomized controlled trial" (Biol Psychiatry 2014; 76(3): 194-202). Biol Psychiatry 2014; 76(5): 430.

220. Brakemeier EL, Merkl A, Wilbertz G, Quante A, Regen F, Buhrsch N et al. Cognitive-behavioral therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression: a randomized controlled trial. Biol Psychiatry 2014; 76(3): 194-202.

221. Brambilla F, Garcia CS, Fassino S, Daga GA, Favaro A, Santonastaso P et al. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. Int Clin Psychopharmacol 2007; 22(4): 197-204.

222. Branch JO. Effects of a multiple family group intervention with caregiving families of Alzheimer's disease patients. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1996; 56(11-B): 6381.

223. Brauer AP, Horlick L, Nelson E, Farquhar JW, Agras WS. Relaxation therapy for essential hypertension: a Veterans Administration Outpatient study. J Behav Med 1979; 2(1): 21-29.

224. Brauninger I. Dance movement therapy group intervention in stress treatment: a randomized controlled trial (RCT). Arts in Psychotherapy 2012; 39(5): 443-450.

225. Brauninger I. The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: a randomized controlled trial. Arts in Psychotherapy 2012; 39(4): 296-303.

226. Bremner JD, Afzal N, Vaccarino V, Carmody J, Divitale S. Mindfulness based stress reduction (MBSR) in the treatment of Iraq combat-related PTSD. Psychosom Med 2011; 73(3): A39.

227. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Anderson A, Miller ME. Effects of telephone-delivered cognitive-behavioral therapy and nondirective supportive therapy on sleep, health-related quality of life, and disability. Am J Geriatr Psychiatry 2016; 24(10): 846-854.

228. Brennan L, Wilks R, Walkley J, Fraser SF, Greenway K. Treatment acceptability and psychosocial outcomes of a randomised controlled trial of a cognitive behavioural lifestyle intervention for overweight and obese adolescents. Behav Change 2012; 29(1): 36-62.

229. Brickel CM. The clinical use of pets with the aged. Clin Gerontol 1984; 2(4): 72-75.

230. Brigham GS, Slesnick N, Winhusen TM, Lewis DF, Guo X, Somoza E. A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. Drug Alcohol Depend 2014; 138: 240-243.

231. Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. J Consult Clin Psychol 1999; 67(4): 491-501.

232. Briki M, Monnin J, Haffen E, Sechter D, Favrod J, Netillard C et al. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Schizophr Bull 2014; 157(1-3): 99-106.

233. Brodaty H, Andrews G. Brief psychotherapy in family practice: a controlled prospective intervention trial. Br J Psychiatry 1983; 143(1): 11-19.

234. Brody BL, Field LC, Roch-Levecq AC, Moutier CY, Edland SD, Brown SI. Treatment of depression associated with age-related macular degeneration: a double-blind, randomized, controlled study. Ann Clin Psychiatry 2011; 23(4): 277-284.

235. Brooker C, Falloon I, Butterworth A, Goldberg D, Graham-Hole V, Hillier V. The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. Br J Psychiatry 1994; 165(2): 222-230.

236. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. Behav Res Ther 2014; 57: 43-54.

237. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 294(5): 563-570.

238. Brown MA, Munford AM, Munford PR. Behavior therapy of psychological distress in patients after myocardial infarction or coronary bypass. J Cardpulm Rehabil 1993; 13(3): 201-210.

239. Brown RA, Niaura R, Lloyd-Richardson EE, Strong DR, Kahler CW, Abrantes AM et al. Bupropion and cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. Nicotine Tob Res 2007; 9(7): 721-730.

240. Brownell KD, Heckerman CL, Westlake RJ. Therapist and group contact as variables in the behavioral treatment of obesity. J Consult Clin Psychol 1978; 46(3): 593-594.

241. Brownell T, Schrank B, Jakaite Z, Larkin C, Slade M. Mental health service user experience of positive psychotherapy. J Clin Psychol 2015; 71(1): 85-92.

242. Brunette MF. Facilitators and barriers to implementation of coordinated specialty care in U.S. community mental health clinic. Schizophr Bull 2015; 41(Suppl 1): S304.

243. Bruns U, Franzen U, Hornung WP, Klingberg S, Wiesemann C. Effects of an ambulant group therapy program on psychosocial adaptation of chronic schizophrenic outpatients. Schizophr Res 1992; 6(2): 175.

244. Brust JC, Litwin AH, Berg KM, Li X, Heo M, Arnsten JH. Directly observed antiretroviral therapy in substance abusers receiving methadone maintenance therapy does not cause increased drug resistance. AIDS Res Hum Retroviruses 2011; 27(5): 535-541.

245. Bryan CJ, Clemans TA, Hernandez AM, Mintz J, Peterson AL, Yarvis JS et al. Evaluating potential iatrogenic suicide risk in trauma-focused group cognitive behavioral therapy for the treatment of PTSD in active duty military personnel. Depress Anxiety 2016; 33(6): 549-557.

246. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C et al. Treating prolonged grief disorder a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2014; 71(12): 1332-1339.

247. Buchain PC, Vizzotto AD, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1): 26-30.

248. Buclin-Thiebaud S, Pataky Z, Bruchez V, Golay A. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. Patient Educ Couns 2010; 79(3): 333-337.

249. Budd GM, Hayman LL, Crump E, Pollydore C, Hawley KD, Cronquist JL et al. Weight loss in obese African American and Caucasian adolescents: secondary analysis of a randomized clinical trial of behavioral therapy plus sibutramine. J Cardiovasc Nurs 2007; 22(4): 288-296.

250. Budman SH, Demby A, Feldstein M, Gold M. The effects of time-limited group psychotherapy: a controlled study. Int J Group Psychother 1984; 34(4): 587-603.

251. Budman SH, Springer T. Treatment delay, outcome, and satisfaction in time-limited group and individual psychotherapy. Prof Psychol 1987; 18(6): 647-649.

252. Buffet M. Management of psychologic factors in chronic urticaria: when and how? [Französisch]. Ann Dermatol Venereol 2003; 130(Spec No 1): 1S145-1S159.

253. Buhmann CB. Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. Dan Med J 2014; 61(8): B4871.

254. Bulik CM, Baucom DH, Kirby JS, Pisetsky E. Uniting couples (in the treatment of) anorexia nervosa (UCAN). Int J Eat Disord 2011; 44(1): 19-28.

255. Bulik CM, Marcus MD, Zerwas S, Levine MD, Hofmeier S, Trace SE et al. CBT4BN versus CBTF2F: comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. Contemp Clin Trials 2012; 33(5): 1056-1064.

256. Burge SK, Amodei N, Elkin B, Catala S, Andrew SR, Lane PA et al. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. Addiction 1997; 92(12): 1705-1716.

257. Burgio KL, Goode PS, Richter HE, Markland AD, Johnson TM 2nd, Redden DT. Combined behavioral and individualized drug therapy versus individualized drug therapy alone for urge urinary incontinence in women. J Urol 2010; 184(2): 598-603.

258. Burke M, Drummond LM, Johnston DW. Treatment choice for agoraphobic women: exposure or cognitive-behaviour therapy? Br J Clin Psychol 1997; 36(Pt 3): 409-420.

259. Burke WJ, Gergel I, Bose A. Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 2002; 63(4): 331-336.

260. Burleson JA, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. Addict Behav 2005; 30(9): 1751-1764.

261. Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH. Self-efficacy and coping response in the treatment of adolescent alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(Suppl 1): 159A.

262. Burton M, Schmertz SK, Price M, Masuda A, Anderson PL. The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. J Clin Psychol 2013; 69(3): 222-228.

263. Burtscheidt W, Schwarz R, Redner C, Gaebel W. Verhaltenstherapeutische Verfahren in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen. Fortschr Neurol Psychiatr 1999; 67(6): 274-280.

264. Butler LD, Koopman C, Neri E, Giese-Davis J, Palesh O, Thorne-Yocam KA et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. Health Psychol 2009; 28(5): 579-587.

265. Butler LD, Waelde LC, Hastings TA, Chen XH, Symons B, Marshall J et al. Meditation with yoga, group therapy with hypnosis, and psychoeducation for long-term depressed mood: a randomized pilot trial. J Clin Psychol 2008; 64(7): 806-820.

266. Byford S, Clarke P, Clarke S, Kingdon D, O'Mahen H, Russell IT et al. The Process-Outcome Mindfulness Effects in Trainees (PrOMET) study: protocol of a pragmatic randomized controlled trial. BMJ Open 2015; 3(1): 25.

267. Caglayan RHB, Demirpence D. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression and obesity: a model of group therapy for their combined treatment. Turk Pediatri Arsivi 2013; 48(Suppl 2): 8.

268. Cai J, Zhu Y, Zhang W, Wang Y, Zhang C. Comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 1247-1253.

269. Callahan E, Rawson R, Glazer M, McCleave B, Arias R. Comparison of two naltrexone treatment programs: naltrexone alone versus naltrexone plus behavior therapy. NIDA Res Monogr 1976; (9): 150-157.

270. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. Gastroenterology 2002; 123(6): 1778-1785.

271. Calvo P, Fortuny JR, Guzman S, Macias C, Bowen J, Garcia ML et al. Animal Assisted Therapy (AAT) program as a useful adjunct to conventional psychosocial rehabilitation for patients with schizophrenia: results of a small-scale randomized controlled trial. Front Psychol 2016; 7: 631.

272. Camarelles F, Asensio A, Jimenez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking: randomized clinical trial [Spanisch]. Med Clin (Barc) 2002; 119(2): 53-57.

273. Campbell L, Kenardy J, Andersen T, McGregor L, Maujean A, Sterling M. Trauma-focused cognitive behaviour therapy and exercise for chronic whiplash: protocol of a randomised, controlled trial. J Physiother 2015; 61(4): 218.

274. Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Bystritsky A et al. Effects of co-occurring depression on treatment for anxiety disorders: analysis of outcomes from a large primary care effectiveness trial. J Clin Psychiatry 2012; 73(12): 1509-1516.

275. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. Cancer 2005; 104(12): 2689-2700.

276. Canga B, Azoulay R, Raskin J, Loewy J. AIR: Advances in Respiration; music therapy in the treatment of chronic pulmonary disease. Respir Med 2015; 109(12): 1532-1539.

277. Canning JJ. The effect of family support on the working alliance in psychotherapy with psychiatrically disturbed parents. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1998; 58(8-A): 3306.

278. Capafons JI, Sosa C, Vina C, Avero P. Fear of flying: evaluation and outcomes prediction of two therapeutic programs [Spanisch]. Ansiedad y Estres 1997; 3(2-3): 265-287.

279. Capps FM. The exact method: resolution of substance abuse-related trauma in couples counseling utilizing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2005; 66(4-A): 1282.

280. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Ferrer-Garcia M. Perception of satisfaction with schizophrenic patient's evolution after psycho-educational family program. Int J Neuropsychopharmacol 2010; 13(Suppl 1): 215.

281. Carasso R, Peded O, Kleinhauz M, Yehuda S. Treatment of cervical headache with hypnosis, suggestive therapy, and relaxation techniques. Am J Clin Hypn 1985; 27(4): 216-218.

282. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. Cogn Behav Ther 2010; 39(2): 92-103.

283. Carlson L, Beattie T, Giese-Davis J, Faris P, Tamagawa R, Fick L et al. Mindfulness-based cancer recovery (MBCR) and supportive expressive therapy (SET) maintain telomere length (TL) and cortisol slopes relative to control in distressed breast cancer survivors. J Altern Complement Med 2014; 20(5): A24-A25.

284. Carlson L, Doll R, Stephen J, Tamagawa R, Faris P, Speca M. Tailoring therapy to individual needs; applying results of the mindset trial comparing mindfulness-based stress reduction to supportive expressive therapy in breast cancer survivors. Asia Pac J Clin Oncol 2012; 8(Suppl 3): 116.

285. Carlson L, Tamagawa R, Stephen J, Doll R, Speca M. Randomized-controlled multi-site trial of mindfulness-based cancer recovery (MBCR) versus supportive expressive group therapy (SET) among breast cancer survivors (mindset): long-term follow-up results. Psychooncology 2013; 22(Suppl 3): 103-104.

286. Carlson LE, Beattie TL, Giese-Davis J, Faris P, Tamagawa R, Fick LJ et al. Mindfulness-based cancer recovery and supportive-expressive therapy maintain telomere length relative to controls in distressed breast cancer survivors. Cancer 2015; 121(3): 476-484.

287. Carlson LE, Doll R, Stephen J, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E et al. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. J Clin Oncol 2013; 31(25): 3119-3126.

288. Carlson LE, Tamagawa R, Speca M, Faris P, Doll R, Stephen J et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer (MINDSET). J Clin Oncol 2013; 31(25): 3119-3126.

289. Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, Speca M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. Psychooncology 2016; 25(7): 750-759.

290. Carr MA. Effect of a family crisis intervention program on family need satisfaction, family functioning, and patient stress following an acute myocardial infarction. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1995; 56(5-B): 2555.

291. Carra G. Multiple group family treatment for schizophrenia in Italy. Schizophr Res 2010; 117(2-3): 121.

292. Carra G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257(1): 23-30.

293. Carter CB. The effects of targeted vs. non-specific interventions in family therapy for teens with epilepsy and their parents. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2002; 62(11-B): 5365.

294. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. Int J Eat Disord 2011; 44(7): 647-654.

295. Carter MM, Sbrocco T, Gore KL, Marin NW, Lewis EL. Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. Cognit Ther Res 2003; 27(5): 505-518.

296. Carter PA. A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer. Cancer Nurs 2006; 29(2): 95-103.

297. Cassileth BR, Vickers AJ, Magill LA. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. Cancer 2003; 98(12): 2723-2729.

298. Castel A, Cascon R, Padrol A, Sala J, Rull M. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. J Pain 2012; 13(3): 255-265.

299. Castel A, Padrol A, Perez M, Sala J, Rull M. Cognitive-behavioural group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: six month follow-up. Eur J Pain Suppl 2011; 5(1): 134-135.

300. Castel A, Salvat M, Sala J, Rull M. Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. Contemp Hypn 2009; 26(1): 48-59.

301. Castillo-Perez S, Gomez-Perez V, Velasco MC, Perez-Campos E, Mayoral MA. Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. Arts in Psychotherapy 2010; 37(5): 387-390.

302. Catalano RF, Gainey RR, Fleming CB, Haggerty KP, Johnson NO. An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. Addiction 1999; 94(2): 241-254.

303. Cella M, Reeder C, Wykes T. It is all in the factors: effects of cognitive remediation on symptom dimensions. Schizophr Res 2014; 156(1): 60-62.

304. Cerny T, Heusser P. Untersuchungen der Lebensqualität von Patienten mit metastasierendem Brust- oder Darmkrebs, behandelt in der anthroposophischen Medizin oder in der Schulmedizin, letztere mit oder ohne psychoonkologische oder anthroposophische Zusatztherapie. Forsch Komplementarmed 1999; 6(Suppl 1): 35-37.

305. Cesa GL, Manzoni GM, Bacchetta M, Castelnuovo G, Conti S, Gaggioli A et al. Virtual reality for enhancing the cognitive behavioral treatment of obesity with binge eating disorder: randomized controlled study with one-year follow-up. J Med Internet Res 2013; 15(6): e113.

306. Chacon PDJ, Motta MM, Belloto C, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: clinical trial [Portugiesisch]. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1): 57-58.

307. Chan SS, Yau JP, Leung DY, Leung AY, Koh D, Ng V et al. Saliva cotinine levels of mothers and infants exposed to household secondhand smoke. Circulation 2010; 122(2): e87-e88.

308. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. J Clin Nurs 2008; 17(19): 2580-2587.

309. Channon S, De Silva P, Hemsley D, Perkins R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. Behav Res Ther 1989; 27(5): 529-535.

310. Chaudhury S, Brown FL, Kirk CM, Mukunzi S, Nyirandagijimana B, Mukandanga J et al. Exploring the potential of a family-based prevention intervention to reduce alcohol use and violence within HIV-affected families in Rwanda. AIDS Care 2016; 28(Suppl 2): 118-129.

311. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A randomized double-blind controlled trial comparing davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study. Psychosomatics 2016; 57(3): 292-300.

312. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder C. Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. Soc Indic Res 2006; 77(1): 61-78.

313. Chen S, Zha Y, Da J. Protective effect of atorvastatin combined with far-infrared radiation on arteriovenous fistula thrombosis. Hong Kong Journal of Nephrology 2015; 17(2): S133-S134.

314. Chen X, Seth RK, Rao VS, Huang JJ, Adelman RA. Effects of music therapy on intravitreal injections: a randomized clinical trial. J Ocul Pharmacol Ther 2012; 28(4): 414-419.

315. Cheng ST, Lau RWL, Mak EPM, Ng NSS, Lam LCW, Fung HH et al. A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2012; 13: 98.

316. Cheraghi M, Kalantari M, Moulavi H, Shafti A. The effects of cognitive-humanistic group therapy on depression and purpose in life of the depressed female students [Farsi]. J Psychol 2009; 13(2): 153-169.

317. Chernyak N, Kulzer B, Hermanns N, Schmitt A, Gahr A, Haak T et al. Within-trial economic evaluation of diabetes-specific cognitive behaviour therapy in patients with type 2 diabetes and subthreshold depression. BMC Public Health 2010; 10: 625.

318. Chernyak N, Petrak F, Plack K, Hautzinger M, Muller MJ, Giani G et al. Cost-effectiveness analysis of cognitive behaviour therapy for treatment of minor or mild-major depression in elderly patients with type 2 diabetes: study protocol for the economic evaluation alongside the MIND-DIA randomized controlled trial (MIND-DIA CEA). BMC Geriatr 2009; 9: 25.

319. Chewning DG. Effects of medical family therapy on rehabilitation of cerebral vascular accident patients and their families. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1996; 56(9-A): 3455.

320. Chiang KJ, Chen TH, Hsieh HT, Tsai JC, Ou KL, Chou KR. One-year follow-up of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for patients' depression: a randomized, single-blinded, controlled study. ScientificWorldJournal 2015: Article ID 373149.

321. Chien WT, Chan SW. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2004; 55(11): 1276-1284.

322. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2016; 16(1): 42.

323. Chikamori F, Kuniyoshi N, Shibuya S, Takase Y. Perioperative music therapy with a key-lighting keyboard system in elderly patients undergoing digestive tract surgery. Hepatogastroenterology 2004; 51(59): 1384-1386.

324. Cho WC, Chen CS. The effects of Gestalt group therapy on college experiences parental divorced in childhood [Chinesisch]. Chinese Journal of Guidance and Counseling 2011; 30: 69-100.

325. Choudhury TK, York MK, Harris C, Crist K, Treece B, Satterwhite T. Comparative patient satisfaction and efficacy of a Parkinson's disease enrichment program (PEP). Mov Disord 2015; 30(Suppl 1): S152.

326. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. J Consult Clin Psychol 2004; 72(2): 176-191.

327. Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH. Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. J Consult Clin Psychol 2006; 74(6): 1180-1191.

328. Christensen SS, Frostholm L, Ornbol E, Schroder A. Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. J Psychosom Res 2015; 78(4): 363-370.

329. Chung ML, Lennie TA, Moser DK. The feasibility of the family cognitive educational intervention to improve depressive symptoms and quality of life in patients with heart failure and their family caregivers. J Card Fail 2014; 20(8): S52.

330. Chung ML, Moser DK, Lennie TA. Feasibility of family sodium watcher program to improve adherence to low sodium diet in patients with heart failure and caregivers. Circulation 2014; 130(Suppl 2): A16922.

331. Clarici A, Pellizzoni S, Guaschino S, Alberico S, Bembich S, Giuliani R et al. Intranasal adminsitration of oxytocin in postnatal depression: implications for psychodynamic psychotherapy from a randomized double-blind pilot study. Front Psychol 2015; 6: 426.

332. Clark CJ, Angela LD, Anders D. Yoga and violence survivor mental health: a pilot feasibility study among group-therapy clients. Psychosom Med 2013; 75(3): A101-A102.

333. Clark MS, Rubenach S, Winsor A. A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. Clin Rehabil 2003; 17(7): 703-712.

334. Clark R. Theoretical basis, development, structure and efficacy of the mother-infant therapy group model of treatment for postpartum depression. Arch Womens Ment Health 2011; 14(Suppl 1): S14.

335. Clarke J, Vatiliotis V, Verge CF, Holmes-Walker J, Campbell LV, Wilhelm K et al. A mobile phone and web-based intervention for improving mental well-being in young people with type 1 diabetes: design of a randomized controlled trial. JMIR Res Protoc 2015; 4(2): e50.

336. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention; V: results for affective disorders. J Affect Disord 1990; 18(1): 17-28.

337. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(5): 494-501.

338. Classen C, Koopman C, Nevill-Manning K, Spiegel D. A preliminary report comparing trauma-focused and present-focused group therapy against a wait-listed condition among childhood sexual abuse survivors with PTSD. J Aggress Maltreat Trauma 2001; 4(2): 265-288.

339. Classen CC, Kraemer HC, Blasey C, Giese-Davis J, Koopman C, Palesh OG et al. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. Psychooncology 2008; 17(5): 438-447.

340. Clayton AH, Croft HA, Horrigan JP, Wightman DS, Krishen A, Richard NE et al. Bupropion extended release compared with escitalopram: effects on sexual functioning and antidepressant efficacy in 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry 2006; 67(5): 736-746.

341. Cleary Bradley RP, Gottman JM. Reducing situational violence in low-income couples by fostering healthy relationships. J Marital Fam Ther 2012; 38(Suppl 1): 187-198.

342. Clement U, Schmidt G. The outcome of couple therapy for sexual dysfunctions using three different formats. J Sex Marital Ther 1983; 9(1): 67-78.

343. Cockayne NL, Christensen HM, Griffiths KM, Naismith SL, Hickie IB, Thorndike FP et al. The Sleep Or Mood Novel Adjunctive therapy (SOMNA) trial: a study protocol for a randomised controlled trial evaluating an internet-delivered cognitive behavioural therapy program for insomnia on outcomes of standard treatment for depression in men. BMC Psychiatry 2015; 15(1): 16.

344. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD. Clin Psychol Psychother 2010; 17(3): 165-182.

345. Cohen M, Fried G. Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. Res Soc Work Pract 2007; 17(3): 313-323.

346. Cohen M, Korts D, Hanbury R, Sturiano V, Jackson G, Stimmel B. The effect of alcoholism in methadone-maintained persons on productive activity: a randomized control trial. Alcohol Clin Exp Res 1982; 6(3): 358-361.

347. Cohen M, Kuten A. Cognitive-behavior group intervention for relatives of cancer patients: a controlled study. J Psychosom Res 2006; 61(2): 187-196.

348. Cohen S, O'Leary KD, Foran H. A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. Behav Ther 2010; 41(4): 433-446.

349. Cole AD, Bond NW. Olfactory aversion conditioning and overeating: a review and some data. Percept Mot Skills 1983; 57(2): 667-678.

350. Cole BS. The integration of spirituality and psychotherapy for people confronting cancer: an outcome study. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2000; 61(2-B): 1075.

351. Cole KL, Sarlund-Heinrich P, Brown L. Developing and assessing effectiveness of a time-limited therapy group for incarcerated women survivors of childhood sexual abuse. J Trauma Dissociation 2007; 8(2): 97-121.

352. Cole RL. A systematic review of cognitive-behavioural interventions for adolescents with anger-related difficulties. Educational and Child Psychology 2008; 25(1): 27-47.

353. Colmant SA. The effects of sweat therapy on group therapeutic factors and feeling states. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2006; 66(12-A): 4296.

354. Colonna L, Andersen HF, Reines EH. A randomized, double-blind, 24-week study of escitalopram (10 mg/day) versus citalopram (20 mg/day) in primary care patients with major depressive disorder. Curr Med Res Opin 2005; 21(10): 1659-1668.

355. Comas Diaz L. Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women. J Consult Clin Psychol 1981; 49(5): 627-632.

356. Compas BE, Champion JE, Forehand R, Cole DA, Reeslund KL, Fear J et al. Coping and parenting: mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. J Consult Clin Psychol 2010; 78(5): 623-634.

357. Compas BE, Forehand R, Keller G, Champion JE, Rakow A, Reeslund KL et al. Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. J Consult Clin Psychol 2009; 77(6): 1007-1020.

358. Congleton AB. The effect of a cognitive-behavioral group intervention on the locus of control, attributional style, and depressive symptoms of middle school students. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1996; 56(9-A): 3507.

359. Conrad I, Kleinstauber M, Jasper K, Hiller W, Andersson G, Weise C. The changeability and predictive value of dysfunctional cognitions in cognitive behavior therapy for chronic tinnitus. Int J Behav Med 2015; 22(2): 239-250.

360. Cook DA. Gestalt treatment of adolescent females with depressive symptoms: a treatment outcome study. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2000; 60(8-B): 4210.

361. Cooke K. Body mind therapy group for clients with severe borderline personality disorder. Nord J Psychiatry 2014; 68(8): 640.

362. Cooper FW. The effects of two group approaches on self-esteem among the elderly. Journal of Reality Therapy 1983; 3(1): 32.

363. Cooper ME. The effect of cognitive rehabilitation on the neuropsychological functioning of adults with Down's syndrome. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1995; 56(4-B): 2374.

364. Copello A, Templeton L, Orford J, Velleman R, Patel A, Moore L et al. The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. Addiction 2009; 104(1): 49-58.

365. Corbalan MD, Morales EM, Canteras M, Espallardo A, Hernandez T, Garaulet M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. Nutrition 2009; 25(7-8): 861-869.

366. Corey VR, Pisano VD, Halpern JH. Effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine on patient utterances in a psychotherapeutic setting. J Nerv Ment Dis 2016; 204(7): 519-523.

367. Cornelius JR, Salloum IM, Ferrell R, Douaihy AB, Hayes J, Kirisci L et al. Treatment trial and long-term follow-up evaluation among comorbid youth with major depression and a cannabis use disorder. Int J Med Biol Front 2012; 18(6): 399-411.

368. Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Steben M, Mayrand MH, Delisle I et al. A comparison of cognitive-behavioral couple therapy and lidocaine in the treatment of provoked vestibulodynia: study protocol for a randomized clinical trial. Trials 2014; 15: 506.

369. Cosio D, Swaroop S. An examination of change in distress across cognitive behavioral and acceptance & commitment therapy group sessions for chronic pain. J Pain 2014; 15(4): S109.

370. Costa ACO, Kamkhagi D, Kusminsky S, Lewi A, Martins D, Diniz BS et al. Benefits of psychodynamic group therapy and body awareness therapy on depression, burden, and quality of life of family caregivers to ad patients. Alzheimers Dement 2014; 10(4 Suppl): P570.

371. Costa RT, Cheniaux E, Rosaes PA, Carvalho MR, Freire RC, Versiani M et al. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. Rev Bras Psiquiatr 2011; 33(2): 144-149.

372. Costaris L. A group intervention for adolescents with learning disabilities: a treatment-outcome study with a clinical sample. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2000; 61(1-B): 524.

373. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T et al. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. BJU Int 2015; 115(Suppl 5): 35-45.

374. Cousin G, Page D. Does patients' pretreatment trait-mindfulness predict the success of cognitive psychotherapy for emotion regulation? Mindfulness 2013; 6(2): 186-191.

375. Covi L, Lipman RS, Derogatis LR. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. Am J Psychiatry 1974; 131(2): 191-198.

376. Cowan MJ, Pike KC, Budzynski HK. Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest: impact on two-year survival. Nurs Res 2001; 50(2): 68-76.

377. Crafti NA. Integrating cognitive-behavioural and interpersonal approaches in a group program for the eating disorders: measuring effectiveness in a naturalistic setting. Behav Change 2002; 19(1): 22-38.

378. Crail-Melendez D, Herrera A, Ramfrez-Bermudez J, Sosa AL. Cognitive behavioral therapy for treatment of depression in patients with temporal lobe epilepsy. Clin Neuropsychiatry 2010; 7(1): 22-27.

379. Crawford JD, McIvor GP. Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 1985; 66(12): 810-813.

380. Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K et al. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MATISSE). Health Technol Assess 2012; 16(8): iii-iv, 1-76.

381. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1991; 159(3): 325-333.

382. Crosbie JH, Lennon S, McGoldrick MC, McNeill MD, McDonough SM. Virtual reality in the rehabilitation of the arm after hemiplegic stroke: a randomized controlled pilot study. Clin Rehabil 2012; 26(9): 798-806.

383. Cross DG, Sheehan PW, Khan JA. Alternative advice and counsel in psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1980; 48(5): 615-625.

384. Crow SJ. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: important but disappointing results. JAMA 2006; 295(22): 2659-2660.

385. Crow SJ, Agras WS, Halmi KA, Fairburn CG, Mitchell JE, Nyman JA. A cost effectiveness analysis of stepped care treatment for bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2013; 46(4): 302-307.

386. Crowe MJ. Conjoint marital therapy: a controlled outcome study. Psychol Med 1978; 8(4): 623-636.

387. Crowe MJ, Gillan P, Golombok S. Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study. Behav Res Ther 1981; 19(1): 47-54.

388. Cui R, Haller M, Skidmore JR, Goldsteinholm K, Norman S, Tate SR. Treatment attendance among veterans with depression, substance use disorder, and trauma. J Dual Diagn 2016; 12(1): 15-26.

389. Curto Prieto D, Sole Serrano C, De Castro M, Mercadal Brotons M, Asensio FM. Effects of music therapy in institutionalized elderly with dementia. Eur Geriatr Med 2015; 6(Suppl 1): S48.

390. Dabek A, Domaniecki J, Czyzewski P, Bujar-Misztal M. Evaluation of selected therapeutic methods in patients with primary Raynaud's syndrome. New Medicine 2013; 2013(1): 3-8.

391. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B, Farid AA. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder [Farsi]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2012; 18(1): 40-51.

392. Dadds MR. Concurrent treatment of marital and child behaviour problems in behavioural family therapy. Behav Change 1992; 9(3): 139-148.

393. Dadds MR, McHugh TA. Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. J Consult Clin Psychol 1992; 60(2): 252-259.

394. Dahl HJ, Hoglend P, Ulberg R, Amlo S, Gabbard GO, Perry JC et al. Does therapists' disengaged feelings influence the effect of transference work? A study on countertransference. Clin Psychol Psychother 25.04.2016 [Epub ahead of print].

395. Dalton EJ, Greenman PS, Classen CC, Johnson SM. Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: a randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. Couple Family Psychol 2013; 2(3): 209-221.

396. Damasio BF, Habigzang LF, Pinto Pizarro de Freitas C, Koller SH. Can a cognitive-behavioral group-therapy training program for the treatment of child sexual abuse reduce levels of burnout and job-strain in trainees? Initial evidence of a Brazilian model. Paideia 2014; 24(58): 233-241.

397. Danilov Y, Selivra E. The problem of evaluation of the family interrelationships and the efficacy of psychotherapy for elderly patients [Russisch]. Trudy Leningradskogo Nauchno-Issledovatel'skogo Psikhonevrologicheskogo Instituta im V M Bekhtereva 1990; 125: 97-103.

398. Dannon PN, Gon-Usishkin M, Gelbert A, Lowengrub K, Grunhaus L. Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. Ann Clin Psychiatry 2004; 16(1): 41-46.

399. Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). J Clin Psychiatry 2008; 69(1): 122-129.

400. Davidsen A, Lau M, Poulsen S, Waaddegaard M. Feedback versus non-feedback to improve patient outcome in group psychotherapy for eating disorders: a randomised clinical trial. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 1626.

401. Davidsen AH, Poulsen S, Waaddegaard M, Lindschou J, Lau M. Feedback versus no feedback in improving patient outcome in group psychotherapy for eating disorders (F-EAT): protocol for a randomized clinical trial. Trials 2014; 15: 138.

402. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(10): 1005-1013.

403. Davidson KW, Gidron Y, Mostofsky E, Trudeau KJ. Hospitalization cost offset of a hostility intervention for coronary heart disease patients. J Consult Clin Psychol 2007; 75(4): 657-662.

404. Davies DR. A multiple treatment approach to the group treatment of insomnia: a follow-up study. Behavioural Psychotherapy 1989; 17(4): 323-331.

405. Davis MC. Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents. Issues Ment Health Nurs 2004; 25(5): 503-515.

406. Davison TE, Eppingstall B, Runci S, O'Connor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. Aging Ment Health 04.03.2016 [Epub ahead of print].

407. Davoudi I, Mazidi SI, Honarmand MM. The effects of group cognitive-behavioral/narrative therapy of premenstrual syndrome of female university-students [Persisch]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2012; 15(11): 7-15.

408. Dawley HH Jr, Wenrich WW. Treatment of test anxiety by group implosive therapy. Psychol Rep 1973; 33(2): 383-388.

409. Day E, Copello A, Seddon JL, Christie M, Bamber D, Powell C et al. Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 264.

410. De Carufel FL, Piper WE. Group psychotherapy or individual psychotherapy: patients characteristics as predictive factors. Int J Group Psychother 1988; 38(2): 169-188.

411. De Groot M, De Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. BMJ 2007; 334(7601): 994.

412. De Jong S, Renard SB, Van Donkersgoed RJM, Van der Gaag M, Wunderink L, Pijnenborg GHM et al. The influence of adjunctive treatment and metacognitive deficits in schizophrenia on the experience of work. Schizophr Res 2014; 157(1-3): 107-111.

413. De Jonghe F, Dekker J, Kool S, Van Aalst G, Peen J, Gijsbers van Wijk C. Psychotherapy and/or antidepressants with depression: a randomised study [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2002; 44(4): 237-248.

414. De Jonghe F, Kool S, Van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. J Affect Disord 2001; 64(2-3): 217-229.

415. De la Cruz LF, Isomura K, Anson M, Monzani B, Cadman J, Bowyer L et al. A pilot randomized controlled trial of cognitivebehavior therapy for adolescents with body dysmorphic disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24(Suppl 1): S121.

416. De Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Tuschen-Caffier B, Friederich HC, Schmidt F et al. INTERBED: internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder; a multicenter randomized controlled trial. Trials 2012; 13: 220.

417. Deale A, Chalder T, Marks I, Wessely S. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 1997; 154(3): 408-414.

418. Deale A, Husain K, Chalder T, Wessely S. Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: a 5-year follow-up study. Am J Psychiatry 2001; 158(12): 2038-2042.

419. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. Child Maltreat 2001; 6(4): 332-343.

420. DeCarlo A, Hockman E. RAP therapy: a group work intervention method for urban adolescents. Soc Work Groups 2003; 26(3): 45-59.

421. Deckersbach T, Dougherty D, Peters A, Strange J, Peckham A, Arulpragasam A et al. Efficacy of cognitive behavior therapy and supportive psychotherapy for depression in bipolar disorder: neurocognitive predictors of treatment response. Neuropsychopharmacology 2014; 39(Suppl 1): S564.

422. Deckersbach T, Peters A, Kaur N, Corse AK, Arulpragasam AR, Sylvia L et al. Anxiety moderates response to psychosocial treatment for depression in bipolar disorder: results from systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. Neuropsychopharmacology 2013; 38(Suppl 2): S422-S423.

423. Deckersbach T, Peters AT, Sylvia L, Urdahl A, Magalhaes PVS, Otto MW et al. Do comorbid anxiety disorders moderate the effects of psychotherapy for bipolar disorder? Results from STEP-BD. Am J Psychiatry 2014; 171(2): 178-186.

424. Dehkordi Solati K, Mobasheri M. The efficacy of cognitive behavioral group-therapy alone and plus family psycho-education on the treatment of major depression disorder symptoms in females [Persisch]. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2012; 19(5): 490-501.

425. Del Grande da Silva G, Wiener CD, Barbosa LP, Goncalves Araujo JM, Molina ML, San Martin P et al. Pro-inflammatory cytokines and psychotherapy in depression: results from a randomized clinical trial. J Psychiatr Res 2016; 75: 57-64.

426. D'El Rey GJF, Lacava JPL, Cejkinski A, Mello SL. Cognitive-behavioral group treatment in social phobia: 12-week outcome [Portugiesisch]. Rev Psiquiatr Clín 2008; 35(2): 79-83.

427. Delahaye N, Pieters G. Cognitive behavior therapy and family therapy for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomized controlled efficacy study [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2009; 51(10): 779-780.

428. Delb W, D'Amelio R, Boisten CJ, Plinkert PK. Kombinierte Anwendung von Tinnitusretrainingtherapie (TRT) und Gruppenverhaltenstherapie. HNO 2002; 50(11): 997-1004.

429. Delsignore A, Rufer M, Emmerich J, Weidt S, Bruhl AB, Moergeli H. E-mail support as an adjunct to cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder: impact on dropout and outcome. Psychiatry Res 2016; 244: 151-158.

430. Demyttenaere K, Andersen HF, Reines EH. Impact of escitalopram treatment on Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire scores in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. Int Clin Psychopharmacol 2008; 23(5): 276-286.

431. Dencker SJ, Fasth BG. Combination of psychotherapy and drugs in the treatment of neurosis: a controlled comparison of bromazepam and thioridazine. Acta Psychiatr Scand 1986; 74(6): 569-575.

432. Deng X, Wang G, Zhou L, Zhang X, Yang M, Han G et al. Randomized controlled trial of adjunctive EEG-biofeedback treatment of obsessive-compulsive disorder. Shanghai Arch Psychiatry 2014; 26(5): 272-279.

433. Deng XY, Guo JL, Wang XL, He ZX, Li H, Jiang TN. Effect of group psychotherapy on remission of adjustment disorder in college freshmen. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(15): 2962-2963.

434. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev 2012; (12): CD007507.

435. Denny GM, Lee LJ. Grief work with substance abusers. J Subst Abuse Treat 1984; 1(4): 249-254.

436. Denton WH, Carmody TJ, Rush AJ, Thase ME, Trivedi MH, Arnow BA et al. Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. Psychol Med 2010; 40(3): 415-424.

437. Deter HC, Allert G. Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic; a controlled study. Psychother Psychosom 1983; 40(1-4): 95-105.

438. Deter HC, Merswolken M, Orth-Gomer K. Influence of the severity of disease and cardiovascular drugs in a psychosocial intervention of patients with CHD and anxiety. Psychother Psychosom 2013; 82(Suppl 1): 26.

439. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. Obes Res 2005; 13(6): 1077-1088.

440. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Liu L, Walsh BT. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. Obesity (Silver Spring) 2007; 15(7): 1702-1709.

441. Dhooper MK. Animal-assisted therapy: the effects of the presence of a trained therapy dog on group anxiety management training. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2004; 64(8-B): 4031.

442. Diaz Sibaja MA, Comeche Moreno MI, Mas Hesse B. Protocolized cognitive-behavioural group therapy for inflammatory bowel disease [Spanisch]. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99(10): 593-598.

443. Dieckmann LH, Ramos AC, Silva EA, Justo LP, Sabioni P, Frade IF et al. Effects of biperiden on the treatment of cocaine/crack addiction: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Eur Neuropsychopharmacol 2014; 24(8): 1196-1202.

444. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Maltby N, Crocetto J. Group treatment for trichotillomania: behavior therapy versus supportive therapy. Behav Ther 2006; 37(4): 353-363.

445. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Shaw K, Friedman L, Ironson G. HIV adolescents show improved immune function following massage therapy. Int J Neurosci 2001; 106(1-2): 35-45.

446. Dieler AC, Dresler T, Joachim K, Deckert J, Herrmann MJ, Fallgatter AJ. Can intermittent theta burst stimulation as add-on to psychotherapy improve nicotine abstinence? Results from a pilot study. Eur Addict Res 2014; 20(5): 248-253.

447. Dimitrova E. The effect of manual therapy on functional abilities of subjects after Colles' fracture. Physiotherapy 2011; 97(Suppl 1): eS289.

448. Dinan TG. A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline in depressed adolescent alcoholics: a pilot study. Hum Psychopharmacol 2000; 15(6): 461-469.

449. DiNitto DM, Webb DK, Rubin A. The effectiveness of an integrated treatment approach for clients with dual diagnoses. Res Soc Work Pract 2002; 12(5): 621-641.

450. Dinkel A, Henrich G, Herschbach P. Copingeffektivität und Progredienzangst bei Krebskranken. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2011; 19(1): 35-42.

451. Dinkel A, Herschbach P, Berg P, Waadt S, Duran G, Engst-Hastreiter U et al. Determinants of long-term response to group therapy for dysfunctional fear of progression in chronic diseases. Behav Med 2012; 38(1): 1-5.

452. Dixon KN, Kiecolt-Glaser J. Group therapy for bulimia. Hillside J Clin Psychiatry 1984; 6(2): 156-170.

453. Dodge W. A comparison between a convergent and an integrated approach to the treatment of oppositionally defiant adolescents in family therapy. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2004; 65(1-B): 433.

454. Dogaheh ER, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy in reducing fear of negative evaluation. Psychol Rep 2011; 108(3): 955-962.

455. Dogan T, Safak Y, Karadere ME, Turkcapar MH, Orsel S, Yucens B. Cognitive-behavioral group therapy with and without pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Int J Neuropsychopharmacol 2012; 15(Suppl 1): 108-109.

456. Don Beal BA, Duckro P, Elias J, Hecht E. Graded group procedures for long term regressed schizophrenics. J Nerv Ment Dis 1977; 164(2): 102-106.

457. Donohue B, Azrin NH, Bradshaw K, Van Hasselt VB, Cross CL, Urgelles J et al. A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. J Consult Clin Psychol 2014; 82(4): 706-720.

458. Donovan WB, Marvit RC. Alienation-reduction in brief group therapy. Am J Psychiatry 1970; 127(6): 825-827.

459. Dorman T. A multi-centre comparison of prazepam and diazepam in the treatment of anxiety. Pharmatherapeutica 1983; 3(6): 433-440.

460. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury a meta-analysis. J Health Psychol 2011; 16(2): 374-391.

461. Doss BD, Mitchell A, Georgia EJ, Biesen JN, Rowe LS. Improvements in closeness, communication, and psychological distress mediate effects of couple therapy for veterans. J Consult Clin Psychol 2015; 83(2): 405-415.

462. Doss BD, Thum YM, Sevier M, Atkins DC, Christensen A. Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. J Consult Clin Psychol 2005; 73(4): 624-633.

463. Douglas J, Drummond M, Cox J. Improving the functional communication ability of adults with traumatic brain injury: findings of a randomised controlled trial evaluating a new treatment. Brain Inj 2010; 24(3): 267.

464. Dousi PJ. The impact of prescribed family play on families in conflict. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2005; 66(2-B): 1166.

465. Dow RJ, Fee WM. Use of beta-blocking agents with group therapy in a smoking withdrawal clinic. J R Soc Med 1984; 77(8): 648-651.

466. Dowlatabadi MM, Ahmadi SM, Sorbi MH, Beiki O, Razavi TK, Bidaki R. The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: a randomized controlled trial. Electron Physician 2016; 8(3): 2175-2180.

467. Dowling GA, Merrilees J, Mastick J, Chang VY, Hubbard E, Moskowitz JT. Life enhancing activities for family caregivers of people with frontotemporal dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord 2014; 28(2): 175-181.

468. Drozdek B, Kamperman AM, Bolwerk N, Tol WA, Kleber RJ. Group therapy with male asylum seekers and refugees with posttraumatic stress disorder: a controlled comparison cohort study of three day-treatment programs. J Nerv Ment Dis 2012; 200(9): 758-765.

469. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. Kidney Int 2009; 76(4): 414-421.

470. Dubois O. Spa therapy in anxiety disorder in a 8 week comparative and randomized multicentre study on 237 patients. Eur Psychiatry 2009; 24(Suppl 1): S527.

471. Dubovsky SL. Group therapy effective for bipolar disorder: education-based therapy may help avert relapses. Health News 2003; 9(6): 4.

472. Ducharme F, Lachance L, Levesque L, Zarit SH, Kergoat MJ. Maintaining the potential of a psycho-educational program: efficacy of a booster session after an intervention offered family caregivers at disclosure of a relative's dementia diagnosis. Aging Ment Health 2015; 19(3): 207-216.

473. Duchnick JJ, Letsch EA, Curtiss G. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: a randomized clinical trial. Rehabil Psychol 2009; 54(2): 123-132.

474. Duckert F, Amundsen A, Johnsen J. What happens to drinking after therapeutic intervention? Br J Addict 1992; 87(10): 1457-1467.

475. Dudley AL, Melvin GA, Williams NJ, Tonge BJ, King NJ. Investigation of consumer satisfaction with cognitive-behaviour therapy and sertraline in the treatment of adolescent depression. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39(6): 500-506.

476. Dugan JR, Everett RS. An experimental test of chemical dependency therapy for jail inmates. Int J Offender Ther Comp Criminol 1998; 42(4): 360-368.

477. Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Smith A, McCarty F et al. A trial of family partnership and education interventions in heart failure. J Card Fail 2013; 19(12): 829-841.

478. Dunbar SB, Clark PC, Stamp KD, Reilly CM, Gary RA, Higgins M et al. Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. Heart Lung 2016; 45(4): 311-318.

479. Dunn NJ, Rehm LP, Schillaci J, Souchek J, Mehta P, Ashton CM et al. A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder. J Trauma Stress 2007; 20(3): 221-237.

480. Durell J, Hanson EJ, Steinberg HR. The treatment of schizophrenia in a therapeutic community: a controlled study. 124th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 13.-17.05.1968; Boston, Massachusetts.

481. Durham RC, Murphy T, Allan T, Richard K, Treliving LR, Fenton GW. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder. Br J Psychiatry 1994; 165(3): 315-323.

482. Durr H, Hahlweg K. Familienbetreuung bei schizophrenen Patienten: Analyse des Therapieverlaufes. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1996; 25(1): 33-46.

483. Dursteler-MacFarland KM, Farronato NS, Strasser J, Boss J, Kuntze MF, Petitjean SA et al. A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. J Clin Psychopharmacol 2013; 33(1): 104-108.

484. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatr Serv 2000; 51(4): 513-519.

485. Easton CJ, Mandel DL, Hunkele KA, Nich C, Rounsaville BJ, Carroll KM. A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). Am J Addict 2007; 16(1): 24-31.

486. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. Adv Biomed Res 2013; 2: 53.

487. Ebrahimi H, Kazemi AH, Fallahi Khoshknab M, Modabber R. The effect of spiritual and religious group psychotherapy on suicidal ideation in depressed patients: a randomized clinical trial. J Caring Sci 2014; 3(2): 131-140.

488. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Cohen J. Comparison of bulimic and non-bulimic anorexia nervosa patients during treatment. Psychol Med 1987; 17(4): 891-898.

489. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. Am J Psychiatry 1992; 149(11): 1549-1555.

490. Edel MA, Holter T, Wassink K, Juckel G. A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD: an open study. J Atten Disord 09.10.2014 [Epub ahead of print].

491. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. J Cogn Psychother 1999; 13(3): 189-202.

492. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Coffman CJ, Carney CE. Dose-response effects of cognitive-behavioral insomnia therapy: a randomized clinical trial. Sleep 2007; 30(2): 203-212.

493. Edmonds CVI, Lockwood GA, Cunningham AJ. Psychological response to long term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. Psychooncology 1999; 8(1): 74-91.

494. Edwards DW, Roundtree GA. Assessment of short-term treatment groups with adjudicated first offender shoplifters. Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation 1981; 6(1-2): 89-102.

495. Egede LE, Acierno R, Knapp RG, Lejuez C, Hernandez-Tejada M, Payne EH et al. Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet Psychiatry 2015; 2(8): 693-701.

496. Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. Am J Psychiatry 2014; 171(3): 294-304.

497. Eichler C, Multhaupt P, Multhaupt S, Wolff F, Warm M. Psycho-oncological intervention in breast cancer patients: a quantitative analysis of tumor associated fatigue treatment. Cancer Res 2015; 75(9 Suppl 1): P2-12-09.

498. Eilenberg T, Frostholm L, Schroder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: analysis alongside a randomised controlled trial. J Anxiety Disord 2015; 32: 95-102.

499. Ekeblad A, Falkenstrom F, Andersson G, Vestberg R, Holmqvist R. Randomized trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for major depressive disorder in a community-based psychiatric outpatient clinic. Depress Anxiety 2016; 33(12): 1090-1098.

500. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. Psychol Med 2008; 38(5): 611-623.

501. Ekici G, Ünal E, Akbayrak T, Yatli NV, Yakut Y. Active versus passive therapy in females with fibromyalgia: "pilates exercises and connective tissue massage"; a randomized controlled pilot trial. Turkish Journal of Physiotherapy Rehabilitation 2014; 25(Suppl): S14-S15.

502. El Rimawee MO. A group therapeutic program for situational stuttering [Arabisch]. Dirasat 1994; 21A(4): 195-215.

503. Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). Complement Ther Clin Pract 2015; 21(1): 1-6.

504. Elkashef AM, Rawson RA, Anderson AL, Li SH, Holmes T, Smith EV et al. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. Neuropsychopharmacology 2008; 33(5): 1162-1170.

505. Ellison JA, Greenberg LS, Goldman RN, Angus L. Maintenance of gains following experiential therapies for depression. J Consult Clin Psychol 2009; 77(1): 103-112.

506. El-Mohandes AA, Windsor R, Tan S, Perry DC, Gantz MG, Kiely M. A randomized clinical trial of trans-dermal nicotine replacement in pregnant African-American smokers. Matern Child Health J 2013; 17(5): 897-906.

507. Emanuels Zuurveen L, Emmelkamp PM. Spouse-aided therapy with depressed patients. Behav Modif 1997; 21(1): 62-77.

508. Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM. Individual behavioural-cognitive therapy v. marital therapy for depression in maritally distressed couples. Br J Psychiatry 1996; 169(2): 181-188.

509. Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, Van Apeldoorn FJ. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. Br J Psychiatry 2006; 189(1): 60-64.

510. Emshoff JG, Blakely CH. The diversion of delinquent youth: family focused intervention. Child Youth Serv Rev 1983; 5(4): 343-356.

511. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL. Predictors of treatment response in adolescent depression. Psychiatr Ann 2011; 41(4): 213-219.

512. Endevelt R, Peled R, Azrad A, Kowen G, Valinsky L, Heymann AD. Diabetes prevention program in a Mediterranean environment: individual or group therapy? An effectiveness evaluation. Prim Care Diabetes 2015; 9(2): 89-95.

513. Ends EJ, Page CW. A study of three types of group psychotherapy with hospitalized male inebriates. Q J Stud Alcohol 1957; 18(2): 263-277.

514. Engelman SR, Clance PR, Imes S. Self and body-cathexis change in therapy and yoga groups. J Am Soc Psychosom Dent Med 1982; 29(3): 77-88.

515. Engst-Hastreiter U, Duran G, Henrich G, Keller M, Waadt S, Berg P et al. Progredienzangst (PA) bei chronischen Erkrankungen (rheumatischen Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes Mellitus): Entwicklung eines psychologischen Fragebogens und eines Gruppenpsychotherapie-Programms. Akt Rheumatol 2004; 29(2): 83-91.

516. Epstein EE, McCrady BS, Cook S, Jensen N, Gaba A, Hildebrandt T. Randomized trial comparing individual with groupmodality female specific cognitive behavior therapy for alcohol dependent adults: treatment results. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37(Suppl 2): 145A.

517. Epstein EE, McCrady BS, Hallgren K, Cook S, Gaba A, Jensen NK et al. Group versus individual female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol dependent women: within and 12 month post treatment drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res 2016; 40(Suppl 1): 67A.

518. Epstein EE, McCrady BS, Hallgren KA, Hildebrandt T, Cook S, Gaba A et al. Co-morbid psychiatric mechanisms of change in drinking among women in female-specific alcohol behavioral individual versus group therapy. Alcohol Clin Exp Res 2015; 39(Suppl 1): 281A.

519. Epstein EE, McCrady BS, Hildebrandt T, Jensen N, Cook S, Gaba A. Preliminary efficacy of a single gender female-specific cognitive behavioral therapy (CBT) group therapy for alcohol dependent women. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(Suppl 1): 159A.

520. Epstein EE, McCrady BS, Miller KJ, Steinberg M. Attrition from conjoint alcoholism treatment: do dropouts differ from completers? J Subst Abuse 1994; 6(3): 249-265.

521. Epstein LH, Paluch RA, Gordy CC, Saelens BE, Ernst MM. Problem solving in the treatment of childhood obesity. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4): 717-721.

522. Epstein LH, Paluch RA, Wrotniak BH, Daniel TO, Kilanowski C, Wilfley D et al. Cost-effectiveness of family-based group treatment for child and parental obesity. Child Obes 2014; 10(2): 114-121.

523. Epstein LH, Valoski AM, Kalarchian MA, McCurley J. Do children lose and maintain weight easier than adults: a comparison of child and parent weight changes from six months to ten years. Obes Res 1995; 3(5): 411-417.

524. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. JAMA 2011; 306(5): 503-512.

525. Esplen MJ, Fergus K, Warner E, Wong J, Clarke S. Body image, sexual and psychosocial functioning in women with breast cancer: can we fix what we've broken? A randomized trial. Psychooncology 2009; 18(Suppl 2): S73.

526. Esplen MJ, Toner B, Wong J. A group therapy intervention combining tailored guided imagery to address body image/intimacy and psycho-education of relevant gender socialization factors for breast cancer survivors. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 177.

527. Esplen MJ, Toner B, Wong J, Warner E, Boquiren V. A group approach to address the influence of gendersocialization and body consciousness on body image in breast cancer survivors: experiences from a randomized controlled trial. Asia Pac J Clin Oncol 2012; 8(Suppl 3): 195.

528. Esplen MJ, Wong J, Warner E, Toner B. Can we fix what we've broken? Randomized controlled trial of a group therapy to address body image disturbance and sexuality following treatment with breast cancer. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 85.

529. Evans JM. Engaging families into therapy: development of an enhanced systems-oriented approach. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 60(2-B): 826.

530. Evans RL, Connis RT. Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. Public Health Rep 1995; 110(3): 306-311.

531. Everaerd W, Dekker J. A comparison of sex therapy and communication therapy: couples complaining of orgasmic dysfunction. J Sex Marital Ther 1981; 7(4): 278-289.

532. Eyrenci A, Ayalp GC. A meta-analysis of group psychotherapy studies for early stage breast cancer patients. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 195.

533. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(4): 304-312.

534. Fairweather G, Simon R, Gebhard M, Weingarten E, Holland J, Sanders R et al. Relative effectiveness of psychotherapeutic programs: a multicriteria comparison of four programs for three different patient groups. Psychol Monogr 1960; 74(5): 1-26.

535. Falge-Kern A, Schulz H, Fricke S. Ein Gruppentherapieprogramm bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: eine quasiexperimentelle Evaluation. Verhaltenstherapie 2007; 17(1): 17-24.

536. Falloon IR. Interpersonal variables in behavioural group therapy. Br J Med Psychol 1981; 54(Pt 2): 133-141.

537. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med 1982; 306(24): 1437-1440.

538. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42(9): 887-896.

539. Falloon IR, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. Br J Psychiatry 1985; 147(2): 156-163.

540. Falloon IRH, Razani J, Moss HB, Boyd JL, McGill CW, Pederson J. Gemeindenahe Versorgung von Schizophrenen: eine einjährige Kontrolluntersuchung bei Familien- und Einzeltherapie. Partnerberatung 1983; 20(2-3): 73-79.

541. Fals-Stewart W, Birchler GR. Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: the comparative effectiveness of bachelor's- and master's-level counselors. Behav Ther 2002; 33(1): 123-147.

542. Fals-Stewart W, Birchler GR, Kelley ML. Learning sobriety together: a randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. J Consult Clin Psychol 2006; 74(3): 579-591.

543. Fals-Stewart W, Birchler GR, O'Farrell TJ. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: effects on relationship adjustment and drug-using behavior. J Consult Clin Psychol 1996; 64(5): 959-972.

544. Fals-Stewart W, Kashdan TB, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. J Subst Abuse Treat 2002; 22(2): 87-96.

545. Fals-Stewart W, Klostermann K, Yates BT, O'Farrell TJ, Birchler GR. Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. Psychol Addict Behav 2005; 19(4): 363-371.

546. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Dis 1993; 181(3): 189-193.

547. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ. Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. J Consult Clin Psychol 2003; 71(3): 432-442.

548. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. J Consult Clin Psychol 1997; 65(5): 789-802.

549. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: effects on drug-using behavior and relationship adjustment. Behav Ther 2001; 32(2): 391-411.

550. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Lam WK. Behavioral couple therapy for gay and lesbian couples with alcohol use disorders. J Subst Abuse Treat 2009; 37(4): 379-387.

551. Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Heidary S, Afshar Z. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. Int J Fertil Steril 2013; 7(3): 199-206.

552. Faramarzi M, Yazdani S, Barat S. A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy. Hum Reprod 2015; 30(12): 2764-2773.

553. Farkas L, Cyr M, Lebeau T, Lemay J, McDuff P. Treatment effectiveness of MASTR-EMDR therapy for sexually abused adolescents [Französisch]. Revue Quebecoise de Psychologie 2008; 29(3): 101-115.

554. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. J Sex Med 2014; 11(11): 2679-2689.

555. Farran CJ, Gilley DW, McCann JJ, Bienias JL, Lindeman DA, Evans DA. Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. West J Nurs Res 2007; 29(8): 944-960.

556. Farren C, Milnes J, Thomas K, Ahern S. Computerised cognitive behavioural therapy for alcohol use disorder: a pilot placebo-controlled trial. Alcohol Alcohol 2013; 48(Suppl 1): i24-i25.

557. Farren CK, Milnes J, Lambe K, Ahern S. Computerised cognitive behavioural therapy for alcohol use disorder: a pilot randomized control trial. Ir J Psychol Med 2014; 32(3): 237-246.

558. Fassino S, Amianto F, Ferrero A. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. Panminerva Med 2008; 50(2): 165-175.

559. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E, Guidi J, Grandi S. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. Psychother Psychosom 2011; 80(3): 136-143.

560. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Grandi S. Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. Am J Psychiatry 2002; 159(12): 2094-2095.

561. Fava M, Asnis GM, Shrivastava RK, Lydiard B, Bastani B, Sheehan DV et al. Improved insomnia symptoms and sleep-related next-day functioning in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia following concomitant zolpidem extended-release 12.5 mg and escitalopram treatment: a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 2011; 72(7): 914-928.

562. Fedewa AL, Ahn S, Reese RJ, Suarez MM, Macquoid A, Davis MC et al. Does psychotherapy work with school-aged youth? A meta-analytic examination of moderator variables that influence therapeutic outcomes. J Sch Psychol 2016; 56: 59-87.

563. Feeny NC, Silva SG, Reinecke MA, McNulty S, Findling RL, Rohde P et al. An exploratory analysis of the impact of family functioning on treatment for depression in adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2009; 38(6): 814-825.

564. Feixas G, Bados A, Garcia-Grau E, Paz C, Montesano A, Compan V et al. A dilemma-focused intervention for depression: a multicenter, randomized controlled trial with a 3-month follow-up. Depress Anxiety 2016; 33(9): 862-869.

565. Feng CY, Chu H, Chen CH, Chang YS, Chen TH, Chou YH et al. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000-2010. Worldviews Evid Based Nurs 2012; 9(1): 2-17.

566. Fereydouni S, Fereydouni B, Moghadasi F. The comparison of the group of cognitivebehavioral therapy effect on depression and disability feeling results from headache in patients having tensional headaches. Cephalalgia 2011; 31(1 Suppl): 142-143.

567. Fernandez JL, Montgomery S, Francois C. Evaluation of the cost effectiveness of escitalopram versus venlafaxine XR in major depressive disorder. Pharmacoeconomics 2005; 23(2): 155-167.

568. Fernandez-Aranda F. Psychoeducational group therapy in bulimia nervosa [Spanisch]. Psicologia Contemporanea 2000; 7(1): 16-25.

569. Fernandez-Aranda F, Bel M, Jimenez S, Vinuales M, Turon J, Vallejo J. Outpatient group therapy for anorexia nervosa: a preliminary study. Eat Weight Disord 1998; 3(1): 1-6.

570. Fernandez-Aranda F, Casasnovas C, Jimenez-Murcia S, Drug I, Martinez C, Nunez A et al. Effectiveness of cognitive-behavioral outpatient treatment for bulimia nervosa [Spanisch]. Psicol Conductual 2004; 12(3): 501-518.

571. Fiegenbaum W. A social training program for clients with facial disfigurations: a contribution to the rehabilitation of cancer patients. Int J Rehabil Res 1981; 4(4): 501-509.

572. Field T, Deeds O, Diego M, Hernandez-Reif M, Gauler A, Sullivan S et al. Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. J Bodyw Mov Ther 2009; 13(4): 297-303.

573. Field T, Delage J, Hernandez-Reif M. Movement and massage therapy reduce fibromyalgia pain. J Bodyw Mov Ther 2003; 7(1): 49-52.

574. Field T, Diego M, Cullen C, Hernandez-Reif M, Sunshine W, Douglas S. Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. J Clin Rheumatol 2002; 8(2): 72-76.

575. Field T, Diego MA, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Massage therapy effects on depressed pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004; 25(2): 115-122.

576. Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. Adolescence 1996; 31(124): 903-911.

577. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Fraser M. Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. J Bodyw Mov Ther 2007; 11(2): 141-145.

578. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C. Pregnant women benefit from massage therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol 1999; 20(1): 31-38.

579. Field TM, Quintino O, Hernandez-Reif M, Koslovsky G. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder benefit from massage therapy. Adolescence 1998; 33(129): 103-108.

580. Finn T, DiGiuseppe R, Culver C. The effectiveness ofrational-emotive therapy in the reduction of muscle contraction headaches. J Cogn Psychother 1991; 5(2): 93-103.

581. Fiorillo A, Del Vecchio V, Luciano M, Sampogna G, Sbordone D, Catapano F et al. Feasibility of a psychoeducational family intervention for people with bipolar I disorder and their relatives: results from an Italian real-world multicentre study. J Affect Disord 2016; 190: 657-662.

582. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Horz S, Zimmermann J, Rentrop M et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. Br J Psychiatry 2015; 207(2): 173-174.

583. Fisher MS Sr, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. Psychiatr Serv 1996; 47(11): 1244-1250.

584. Fjeldstad A, Hoglend P, Lorentzen S. Patterns of change in interpersonal problems during and after short-term and long-term psychodynamic group therapy: a randomized clinical trial. Psychother Res 30.10.2015 [Epub ahead of print].

585. Fjorback L, Arendt M, Fink P, Oernboel E, Rehfeld E, Schroder A et al. Mindfulness therapy for Bodily distress syndrome: randomized trial, one-year follow-up, active control. J Psychosom Res 2012; 72(6): 480.

586. Fjorback LO. Mindfulness and bodily distress. Dan Med J 2012; 59(11): B4547.

587. Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Walach H, Rehfeld E, Schroder A et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. J Psychosom Res 2013; 74(1): 31-40.

588. Fjorback LO, Carstensen T, Arendt M, Ornbol E, Walach H, Rehfeld E et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: analysis of economic consequences alongside a randomized trial. J Psychosom Res 2013; 74(1): 41-48.

589. Flammang MR, Wilson GL. Marital therapy formats: an analysis of acceptability ratings with married spouses. J Sex Marital Ther 1992; 18(3): 159-172.

590. Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreessen A. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. J Atten Disord 2015; 19(3): 260-271.

591. Fleming RK, Stokes EA, Curtin C, Bandini LG, Gleason J, Scampini R et al. Behavioral health in developmental disabilities: a comprehensive program of nutrition, exercise, and weight reduction. Int J Behav Consult Ther 2008; 4(3): 287-296.

592. Flor H, Turk DC, Scholz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. J Psychosom Res 1987; 31(1): 63-71.

593. Flores VA. Effects of positive music in psychotherapy: an analog study. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2012; 72(10-B): 6383.

594. Florez B. Group psychotherapy in cancer patients [Spanisch]. Rev Latinoam Psicol 1979; 11(1): 47-63.

595. Flowers JV. Goal clarity as a component of assertive behavior and a result of assertion training. J Clin Psychol 1978; 34(3): 744-747.

596. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). World Psychiatry 2015; 14(3): 312-321.

597. Fonagy P, Roth A, Higgitt A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. Clin Neurosci Res 2005; 4(5-6): 367-377.

598. Fontani V, Rinaldi S, Aravagli L, Mannu P, Castagna A, Margotti ML. Noninvasive radioelectric asymmetric brain stimulation in the treatment of stress-related pain and physical problems: psychometric evaluation in a randomized, single-blind placebo-controlled, naturalistic study. Int J Gen Med 2011; 4: 681-686.

599. Ford JD, Chang R, Levine J, Zhang W. Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization-related PTSD with incarcerated women. Behav Ther 2013; 44(2): 262-276.

600. Forester B, Kornfeld DS, Fleiss JL, Thompson S. Group psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. Am J Psychiatry 1993; 150(11): 1700-1706.

601. Forkmann T, Brakemeier EL, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The effects of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: results of a randomized-clinical trial. J Affect Disord 2016; 200: 51-57.

602. Forstmeier S, Rueddel H. Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: a controlled clinical trial. Psychother Psychosom 2007; 76(2): 89-96.

603. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, Hudson TJ, Robinson DE, Schneider R et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2015; 72(1): 58-67.

604. Foulds ML, Hannigan PS. Effects of psychomotor group therapy on ratings of self and others. Psychotherapy (Chic) 1974; 11(4): 351-353.

605. Foulds ML, Hannigan PS. Effects of psychomotor group therapy on locus of control and social desirability. Journal of Humanistic Psychology 1976; 16(2): 81-88.

606. Foy DW, Nunn LB, Rychtarik RG. Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: effects of training controlled drinking skills. J Consult Clin Psychol 1984; 52(2): 218-230.

607. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(9): 996-1004.

608. Franke A. Überprüfung der Effekte klienten-zentrierter Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1977; 6(4): 244-258.

609. Franklin CL, Cuccurullo LA, Walton JL, Arseneau JR, Petersen NJ. Face to face but not in the same place: a pilot study of prolonged exposure therapy. J Trauma Dissociation 2017; 18(1): 116-130.

610. Fredman SJ, Baucom DH, Boeding SE, Miklowitz DJ. Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. J Consult Clin Psychol 2015; 83(1): 81-91.

611. Fredman SJ, Pukay-Martin ND, Macdonald A, Wagner AC, Vorstenbosch V, Monson CM. Partner accommodation moderates treatment outcomes for couple therapy for posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 2016; 84(1): 79-87.

612. Freed MC. Costs and cost-effectiveness of seasonal affective disorder treatment: comparing light therapy, group cognitive-behavioral therapy, and their combination. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2006; 66(9-B): 5086.

613. Freedland KE, Skala JA, Carney RM, Rubin EH, Lustman PJ, Davila-Roman VG et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2009; 66(4): 387-396.

614. Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. Br Med J (Clin Res Ed) 1988; 296(6621): 521-525.

615. Freeman K, Hammond A, Lincoln NB. Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. Clin Rehabil 2002; 16(8): 828-836.

616. Freitag C. Autism specific group therapy: randomized controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24(Suppl 1): S46.

617. Freitas NMA, Silva TRMA, Freitas-Junior R, Paula JW, Silva DJ, Machado GDP et al. Music therapy reduces radiotherapy-induced fatigue in patients with breast or gynecological cancer: a randomized trial. Cancer Res 2012; 72(24 Suppl 3): P2-12-04.

618. Fresco DM, Segal ZV, Buis T, Kennedy S. Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. J Consult Clin Psychol 2007; 75(3): 447-455.

619. Friedewald WT, Buse JB, Bigger JT, Byington RP, Cushman WC, Gerstein HC et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358(24): 2545-2559.

620. Friedman AS. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(5): 619-637.

621. Friedman E, Voss M, Moore T. Implementation of a yoga program in a pediatric Hem/Onc/BMT population. Biol Blood Marrow Transplant 2016; 22(3): S447.

622. Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, Glynn SM et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(5): 481-489.

623. Friedrich-Schiller-Universität Jena. Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten: Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen [online]. In: Deutsches Register Klinischer Studien. 29.10.2014 [Zugriff: 05.2015]. URL: http://www.drks.de/DRKS00006355.

624. Friedrich-Schiller-Universität Jena. Internetbasierte Therapie für pflegende Angehörige Demenzerkrankter [online]. In: Deutsches Register Klinischer Studien. 17.12.2014 [Zugriff: 05.2015]. URL: http://www.drks.de/DRKS00006743.

625. Fries A, Pfammatter M, Andres K, Brenner HD. Wirksamkeit und Prozessmerkmale einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte. Verhaltenstherapie 2003; 13(4): 237-243.

626. Frommberger U, Stieglitz RD, Nyberg E, Richter H, Novelli-Fischer U, Angenendt J et al. Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study. Int J Psychiatry Clin Pract 2004; 8(1): 19-23.

627. Fuchs CZ, Rehm LP. A self control behavior therapy program for depression. J Consult Clin Psychol 1977; 45(2): 206-215.

628. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, Fischer H, Pissiota A, Langstrom B et al. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(5): 425-433.

629. Gabaldon O, Mayoral J, Paez D. Affectivity, social support, repression, alexithymia and support groups [Spanisch]. Boletin de Psicologia 1993; 41: 31-55.

630. Gabriel B, Bodenmann G, Widmer K, Charvoz L, Schramm E, Hautzinger M. Auswirkungen verschiedener therapeutischer Ansätze zur Behandlung von Depressionen auf das beobachtete partnerschaftliche Konfliktverhalten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2009; 57(1): 43-54.

631. Gaebel W. Promoting stigma coping and empowerment: results from the multi-center clinical trial STEM. Eur Psychiatry 2016; 33(Suppl): S40.

632. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; 358(6): 580-591.

633. Gaggioli A, Scaratti C, Morganti L, Stramba-Badiale M, Agostoni M, Spatola CA et al. Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2014; 15: 408.

634. Galanter M. Self-help large-group therapy for alcoholism: a controlled study. Alcohol Clin Exp Res 1984; 8(1): 16-23.

635. Galanter M, Dermatis H, Glickman L, Maslansky R, Sellers MB, Neumann E et al. Network therapy: decreased secondary opioid use during buprenorphine maintenance. J Subst Abuse Treat 2004; 26(4): 313-318.

636. Gale G, Nussbaum D, Rothbart P, Hann B, Leung V, Kanetz G. A randomized treatment study to compare the efficacy of repeated nerve blocks with cognitive therapy for control of chronic head and neck pain. Pain Res Manag 2002; 7(4): 185-189.

637. Galinska E. Music therapy of self-identity: "musical coding"; ego instalation [Polnisch]. Psychoterapia 2003; (3): 61-72.

638. Gallagher-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. J Consult Clin Psychol 1994; 62(3): 543-549.

639. Gallant DM, Bishop MP, Faulkner MA, Simpson L, Cooper A, Lathrop D et al. A comparative evaluation of compulsory (group therapy and-or antabuse) and voluntary treatment of the chronic alcoholic munciple court offender. Psychosomatics 1968; 9(6): 306-310.

640. Gambhire P, Mohite A, Jain S, Zanwar V, Choksey A, Rathi P. A comparative parallel prospective open labelled randomized study to assess the efficacy of rifaximin vs vsl#3 versus relaxation therapy in patients with IBS-D. Indian J Gastroenterol 2014; 33(S1): A43.

641. Ganguli R, Brar JS. Behavioural intervention for weight loss in schizophrenia: an RCT with active controls. Indian J Psychiatry 2011; 53(5): S44.

642. Ganguli R, Brar JS. Weight reduction in schizophrenia, by lifestyle change: a randomized clinical trial. Can J Diabetes 2011; 35(2): 153.

643. Gant B, Barnard J, Kuehn F, Jones H, Christophersen E. A behaviorally based approach for improving intrafamilial communication patterns. J Clin Child Psychol 1981; 10(2): 102-106.

644. Gao J, Lin M, Zhao J, Bi S, Ni Z, Shang X. Different interventions for post-ischaemic stroke depression in different time periods: a single-blind randomized controlled trial with stratification by time after stroke. Clin Rehabil 2017; 31(1): 71-81.

645. Gao LL, Xie W, Yang X, Chan SW. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2015; 52(1): 22-29.

646. Garcia Campayo J, Sobradiel N, Alda M, Mas A, Andres E, Magallon R et al. Effectiveness of topiramate for tobacco dependence in patients with depression: a randomised, controlled trial. BMC Fam Pract 2008; 9: 28.

647. Garcia MS. Effectiveness of a cognitive-behavioural group therapy in patients with anxiety disorders [Spanisch]. Clinica y Salud 2003; 14(2): 183-201.

648. Garcia-Lopez LJ, Olivares J, Beidel D, Albano AM, Turner S, Rosa AI. Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. J Anxiety Disord 2006; 20(2): 175-191.

649. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2008; 192(6): 412-423.

650. Garrido de Oliveira JA, Pedroso de Lima M. Hope therapy: a group intervention that focuses on the promotion of hope in institutionalized elderly people [Portugiesisch]. Psicologia Educacao Cultura 2011; 15(2): 229-244.

651. Garrido G, Barrios M, Penades R, Enriquez M, Garolera M, Aragay N et al. Computer-assisted cognitive remediation therapy: cognition, self-esteem and quality of life in schizophrenia. Schizophr Res 2013; 150(2-3): 563-569.

652. Garrison JE. Written vs. verbal preparation of patients for group psychotherapy. Psychotherapy (Chic) 1978; 15(2): 130-134.

653. Gaston JE, Abbott MJ, Rapee RM, Neary SA. Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. Br J Clin Psychol 2006; 45(Pt 1): 33-48.

654. Gauriau C, Raffray T, Choudat D, Corman B, Leger D. Objective improvement of sleep disorders in the elderly by a health education program [Französisch]. Presse Med 2007; 36(12 Pt 1): 1721-1731.

655. Gehue LJ, Scott E, Hermens DF, Scott J, Hickie I. Youth Early-intervention Study (YES): group interventions targeting social participation and physical well-being as an adjunct to treatment as usual; study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 333.

656. Gelernter CS, Uhde TW, Cimbolic P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1991; 48(10): 938-945.

657. George O, Kasinathan J. Mural art therapy for young offenders hospitalised with a mental illness. Australas Psychiatry 2015; 23(1): 49-53.

658. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. Am J Psychiatry 2000; 157(11): 1835-1842.

659. Gerstein HC, Miller ME, Genuth S, Ismail-Beigi F, Buse JB, Goff DC Jr et al. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. N Engl J Med 2011; 364(9): 818-828.

660. Gezginci E, Iyigun E, Yilmaz S, Aydur E. Comparative effectiveness of three different teaching methods in behavioral therapy program for female overactive bladder: a randomized controlled trial. J Urol 2015; 193(4 Suppl 1): e572.

661. Ghanbari Hashemabadi B, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of existential group therapy in improving problem-solving skills [Persisch]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2012; 17(3): 60-71.

662. Ghanbari-e-Hashem-Abadi BA, Bolghan-Abadi M, Vafaei-e-Jahan Z, Maddah-Shoorcheh R. Comparison of the effectiveness of the transactional analysis, existential, cognitive, and integrated group therapies on improving problem-solving skills. Psychology 2011; 2(4): 307-311.

663. Ghasemi A, Rahimi Foroshani A, Kheibar N, Latifi M, Khanjani N, Eshagh Afkari M et al. Effects of family-centered empowerment model based education program on quality of life in methamphetamine users and their families. Iranian Red Crescent Medical Journal 2014; 16(3): e13375.

664. Ghazavi Z, Dehkhoda F, Yazdani M. The effect of group psycho-educational program on quality of life in families of patients with mood disorders. Iran J Nurs Midwifery Res 2014; 19(1): 50-55.

665. Ghiasvand M, Ghorbani M. Effectiveness of emotion regulation training in improving emotion regulation strategies and control glycemic in type 2 diabetes patients [Persisch]. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2015; 17(4): 299-307.

666. Ghielen I, Van den Heuvel OA, De Goede CJT, Houniet-de Gier M, Collette EH, Burgers-Bots IAL et al. BEWARE: body awareness training in the treatment of wearing-off related anxiety in patients with Parkinson's disease; study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 283.

667. Ghodrati S. The effectiveness of poem therapy on verbal and behavioral aggression of female adolescents. Iran J Psychiatry 2012; 7(4 Suppl 1): 193.

668. Giese-Davis J, Brandelli Y, Dumanowski B, Li Y, Golant M, Spiegel D. Therapeutic mechanisms of change in breast cancer support groups: does what you talk about in sessions matter to improvement in trauma symptoms and emotional self-efficacy? Psychosom Med 2014; 76(3): A-41.

669. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt K, Neri E, Kraemer H, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in metastatic breast cancer patients. Psychooncology 2010; 19(Suppl 2): S110.

670. Giese-Davis J, Koopman C, Butler LD, Classen C, Cordova M, Fobair P et al. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. J Consult Clin Psychol 2002; 70(4): 916-925.

671. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(6): 649-658.

672. Gillams J, Lewith GT, Machin D. Acupuncture and group therapy in stopping smoking. Practitioner 1984; 228(1389): 341-344.

673. Ginsberg G, Marks I, Waters H. Cost-benefit analysis of a controlled trial of nurse therapy for neuroses in primary care. Psychol Med 1984; 14(3): 683-690.

674. Giordano M, Dominguez LJ, Vitrano T, Curatolo M, Ferlisi A, Di Prima A et al. Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil therapy in Alzheimer's disease (AD). Arch Gerontol Geriatr 2010; 51(3): 245-249.

675. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychol Med 2010; 40(1): 73-84.

676. Girón M, Nova Fernández F, Mañá Alvarenga S, Nolasco A, Molina Habas A, Fernández Yañez A et al. How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50(3): 379-387.

677. Girona OB. Evaluation of an integrated care program for severe psychiatric disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259(Suppl 1): S86.

678. Glass TA, Berkman LF, Hiltunen EF, Furie K, Glymour MM, Fay ME et al. The Families In Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results. Psychosom Med 2004; 66(6): 889-897.

679. Glasscoe CA, Quittner AL. Psychological interventions for cystic fibrosis. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3): CD003148.

680. Gleeson J, Alvarez-Jimenez M, Lederman R, Herrman H, Bendall S, Cotton S. A randomised controlled trial of moderated online social therapy for carers of first-episode psychosis clients. Early Interv Psychiatry 2014; 8(Suppl 1): 83.

681. Gleeson J, Wade D, Castle D, Gee D, Crisp K, Pearce T et al. The EPISODE II trial of cognitive and family therapy for relapse prevention in early psychosis: rationale and sample characteristics. J Ment Health 2008; 17(1): 19-32.

682. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Crisp K, Newman B et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. J Clin Psychiatry 2010; 71(4): 475-483.

683. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. J Clin Psychiatry 2009; 70(4): 477-486.

684. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. Schizophr Bull 2013; 39(2): 436-448.

685. Gleichmann U, Philippi H, Gleichmann S, Laun R, Mannebach H, Mellwig KP et al. Optimierte Langzeitkontrolle der arteriellen Hypertonie: Erfahrungen mit ambulanten, sportorientierten Hochdruckgruppen. Dtsch Med Wochenschr 1989; 114(21): 815-820.

686. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH Jr. Clinical significance of inpatient family intervention: conclusions from a clinical trial. Hosp Community Psychiatry 1993; 44(9): 869-873.

687. Glick ID, Clarkin JF, Haas GL, Spencer JH Jr, Chen CL. A randomized clinical trial of inpatient family intervention; VI: mediating variables and outcome. Fam Process 1991; 30(1): 85-99.

688. Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH Jr, Haas GL, Lewis AB, Peyser J et al. A controlled evaluation of inpatient family intervention; I: preliminary results of the six-month follow-up. Arch Gen Psychiatry 1985; 42(9): 882-886.

689. Glick ID, Fleming L, DeChillo N, Meyerkopf N, Jackson C, Muscara D et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. Am J Psychiatry 1986; 143(12): 1551-1556.

690. Glick ID, Spencer JH Jr, Clarkin JF, Haas GL, Lewis AB, Peyser J et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention; IV: followup results for subjects with schizophrenia. Schizophr Res 1990; 3(3): 187-200.

691. Gloster AT, Gerlach AL, Hamm A, Hofler M, Alpers GW, Kircher T et al. 5HTT is associated with the phenotype psychological flexibility: results from a randomized clinical trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2015; 265(5): 399-406.

692. Glueckauf RL, Liss HJ, McQuillen DE, Webb PM, Dairaghi J, Carter CB. Therapeutic alliance in family therapy for adolescents with epilepsy: an exploratory study. Am J Fam Ther 2002; 30(2): 125-139.

693. Glybochko PV, Alyaev Yu G, Chalyj ME, Voskanyan GA. Primary assessment of electrode pharmaphoresis efficacy in treatment of chronic bacterial prostatitis. European Urology Supplements 2014; 13(1): e571.

694. Glynn SM, Eth S, Randolph ET, Foy DW, Urbaitis M, Boxer L et al. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 1999; 67(2): 243-251.

695. Glynn SM, Gingerich S, Mueser KT, Cather C, Penn D. The role of family intervention in coordinated specialty care for first episode psychosis. Schizophr Bull 2015; 41(Suppl 1): S173.

696. Glynn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL et al. Schizophrenic symptoms, work adjustment, and behavioral family therapy. Rehabil Psychol 1992; 37(4): 323-338.

697. Godas-Sieso T, Gomez-Gil E, Fernandez-Sola J, Fernandez-Huertas JM. Significant increase of functional status and decrease of fatigue in patients with chronic fatigue syndrome after completing cognitive behavioural group therapy [Spanisch]. Med Clin (Barc) 2005; 125(14): 556.

698. Godecke E, West D, Cartwright J, Cream A, Ciccone N, Granger A et al. Intensive aphasia therapy in the early poststroke recovery phase: is group intervention a viable therapy option? Int J Stroke 2009; 4(Suppl 1): 28.

699. Golan M, Weizman A, Fainaru M. Impact of treatment for childhood obesity on parental risk factors for cardiovascular disease. Prev Med 1999; 29(6 Pt 1): 519-526.

700. Golden JS, Price S, Heinrich AG, Lobitz W. Group vs couple treatment of sexual dysfunctions. Arch Sex Behav 1978; 7(6): 593-602.

701. Goldin PR, Morrison A, Jazaieri H, Brozovich F, Heimberg R, Gross JJ. Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2016; 84(5): 427-437.

702. Goldschmidt AB, Best JR, Stein RI, Saelens BE, Epstein LH, Wilfley DE. Predictors of child weight loss and maintenance among family-based treatment completers. J Consult Clin Psychol 2014; 82(6): 1140-1150.

703. Goldschmidt AB, Sinton MM, Aspen VP, Tibbs TL, Stein RI, Saelens BE et al. Psychosocial and familial impairment among overweight youth with social problems. Int J Pediatr Obes 2010; 5(5): 428-435.

704. Goldstein JA. Investigation of doubling as a technique for involving severely withdrawn patients in group psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1971; 37(1): 155-162.

705. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1978; 35(10): 1169-1177.

706. Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015; 25(2): 140-149.

707. Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. Int J Aging Hum Dev 1987; 25(3): 209-222.

708. Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. Psychother Psychosom 2011; 80(3): 144-150.

709. Goode P, Burgio K, Johnson T, Roth D, Clay O, Burkhardt J et al. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent post-prostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. Neurourol Urodyn 2009; 28(7): 681-682.

710. Goodman JH. Group treatment of postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health 2011; 14(Suppl 1): S68-S69.

711. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. N Engl J Med 2001; 345(24): 1719-1726.

712. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors: the ADAPT trial. Health Technol Assess 2008; 12(14): iii-iv, ix-60.

713. Gorenstein G, Gorenstein C, De Oliveira MC, Asbahr FR, Shavitt RG. Child-focused treatment of pediatric OCD affects parental behavior and family environment. Psychiatry Res 2015; 229(1-2): 161-166.

714. Gould E, Garrigues CS, Scheikowitz K. Interaction in hospitalized patient-led and staff-led psychotherapy groups. Am J Psychother 1975; 29(3): 383-390.

715. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. Schizophr Res 2001; 48(2-3): 335-342.

716. Gouzoulis-Mayfrank E, Koenig S, Schmitz-Buhl M, Daumann J. Schizophrenia and comorbid substance use disorder: integrated psychosocial treatment in a community psychiatric hospital; results from an RCT with 12 months follow-up. Eur Psychiatry 2015; 30(Suppl 1): 392.

717. Gowers S, Norton K, Halek C, Crisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 1994; 15(2): 165-177.

718. Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J et al. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomizied, controlled trial. BMC Med 2011; 9: 129.

719. Graff FS, Griffin ML, Weiss RD. Predictors of dropout from group therapy among patients with bipolar and substance use disorders. Drug Alcohol Depend 2008; 94(1-3): 272-275.

720. Graff RW, Whitehead GI, LeCompte M. Group treatment with divorced women using cognitive-behavioral and supportive-insight methods. J Couns Psychol 1986; 33(3): 276-281.

721. Graham-Bermann SA, Miller LE. Intervention to reduce traumatic stress following intimate partner violence: an efficacy trial of the Moms' Empowerment Program (MEP). Psychodyn Psychiatry 2013; 41(2): 329-349.

722. Granholm E, Holden J, Link P. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training (CBSST) for older people with schizophrenia: replication and role of defeatist attitudes. Schizophr Bull 2011; 37(Suppl 1): 304.

723. Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. J Consult Clin Psychol 2014; 82(6): 1173-1185.

724. Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR, Jeste DV. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome. Am J Geriatr Psychiatry 2013; 21(3): 251-262.

725. Granholm E, McQuaid JR, Link PC, Fish S, Patterson T, Jeste DV. Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia. Schizophr Res 2008; 100(1-3): 133-143.

726. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Link PC, Perivoliotis D, Gottlieb JD et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. J Clin Psychiatry 2007; 68(5): 730-737.

727. Granholm E, Tate SR, Link PC, Lydecker KP, Cummins KM, McQuaid J et al. Neuropsychological functioning and outcomes of treatment for co-occurring depression and substance use disorders. Am J Drug Alcohol Abuse 2011; 37(4): 240-249.

728. Grant JR, Cash TF. Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatments. Behav Ther 1995; 26(1): 69-84.

729. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA, Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. Stroke 2002; 33(8): 2060-2065.

730. Grant KM, Northrup JH, Agrawal S, Olsen DM, McIvor C, Romberger DJ. Smoking cessation in outpatient alcohol treatment. Addict Disord Their Treat 2003; 2(2): 41-46.

731. Gratz K, Tull M, Levy R. Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Psychol Med 2014; 44(10): 2099-2112.

732. Gratz KL, Bardeen JR, Levy R, Dixon-Gordon KL, Tull MT. Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behav Res Ther 2015; 65: 29-35.

733. Gratz KL, Dixon Gordon KL, Tull MT. Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Personal Disord 2014; 5(1): 97-107.

734. Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. Acta Psychiatr Scand 2006; 114(5): 328-336.

735. Gray DA, Epstein EE, McCrady BS, Cook S. Do spouses understand how their partners want them to change? Perceptual accuracy of alcoholic female and alcoholic male couples in therapy. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(Suppl 1): 156A.

736. Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. Hosp Community Psychiatry 1987; 38(9): 988-991.

737. Greenberg JL, Markowitz S, Petronko MR, Taylor CE, Wilhelm S, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. Cogn Behav Pract 2010; 17(3): 248-258.

738. Greene B, Blanchard EB. Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. J Consult Clin Psychol 1994; 62(3): 576-582.

739. Greene CJ, Morland LA, Macdonald A, Frueh BC, Grubbs KM, Rosen CS. How does tele-mental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial. J Consult Clin Psychol 2010; 78(5): 746-750.

740. Greenfield SF. Women-focused treatment for substance use disorders: results from the women's recovery group study. Alcohol Clin Exp Res 2011; 35(Suppl 1): 269A.

741. Greenfield SF, Sugarman D, Kaufman J, Bailey G, Connery H, Crisafulli M et al. The women's recovery group study: gender and alcohol use characteristics. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(Suppl 1): 160A.

742. Greenfield SF, Sugarman D, Wigderson S, Kaufman J, Bailey G, Crisafulli M et al. The women's recovery group: alcohol outcomes. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37(Suppl 2): 146A.

743. Greenfield SF, Sugarman DE, Freid CM, Bailey GL, Crisafulli MA, Kaufman JS et al. Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study. Drug Alcohol Depend 2014; 142: 245-253.

744. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. The Women's Recovery Group Study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. Drug Alcohol Depend 2007; 90(1): 39-47.

745. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. BMJ 1992; 304(6828): 675-680.

746. Gregory RJ, DeLucia-Deranja E, Mogle JA. Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. J Nerv Ment Dis 2010; 198(4): 292-298.

747. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch MJ et al. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. J Clin Psychiatry 2002; 63(2): 138-145.

748. Griess PK. Efficacy of a structured psychotherapy group: applying the cognitive/rational and psychosynthesis approach to women in recovery. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2001; 61(12-B): 6729.

749. Griff MD. Intergenerational play therapy: the influence of grandparents in family systems. Child Youth Serv 1999; 20(1-2): 63-76.

750. Grigg DN. An ecological assessment of the efficacy of individual and couples treatment formats of experiential systemic therapy for alcohol dependency [Dissertation]. Vancouver: University of British Columbia; 1994.

751. Grilo CM, Masheb RM, Salant SL. Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Biol Psychiatry 2005; 57(10): 1193-1201.

752. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. Biol Psychiatry 2005; 57(3): 301-309.

753. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, Gueorguieva R, White MA. Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2011; 79(5): 675-685.

754. Gromov I, Kaempf G, Silverman B, Gastfriend DR, Cisler R. Impact on counseling and recovery activities of alcohol dependence treatment with injectable extended-release naltrexone. Subst Abus 2009; 30(2): 192-193.

755. Grondin F, Bourgault P, Bolduc N. Intervention focused on the patient and family for better postoperative pain relief. Pain Manag Nurs 2014; 15(1): 76-86.

756. Grubbs KM, Cheney AM, Fortney JC, Edlund C, Han X, Dubbert P et al. The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety. Psychiatr Serv 2015; 66(3): 265-271.

757. Gruber K, Chutuape MA, Stitzer ML. Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation. Drug Alcohol Depend 2000; 57(3): 211-223.

758. Gruber K, Moran PJ, Roth WT, Taylor C. Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. Behav Ther 2001; 32(1): 155-165.

759. Guenter D, Angeles R, Bullock L, McCarthy L, Bauer M, Wolfson M et al. Living everyday above-and-beyond pain (LEAP): design of an RCT evaluating an interprofessional cognitive-behavioral group therapy in primary care. Pain Res Manag 2011; 16(2).

760. Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommie C, Messaoudi M, Djabelkir L et al. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. Dement Geriatr Cogn Disord 2009; 28(1): 36-46.

761. Guetin S, Portet F, Touchon J. Effects of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial. Neurodegener Dis 2011; 8(Suppl 1): 1.

762. Gum AM, Arean PA, Bostrom A. Low-income depressed older adults with psychiatric comorbidity: secondary analyses of response to psychotherapy and case management. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(2): 124-130.

763. Gunderson JG, Frank AF. Effects of psychotherapy in schizophrenia. Yale J Biol Med 1985; 58(4): 373-381.

764. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(9): 895-904.

765. Gurny M, Cedraschi C, Chassot P, Piguet V, Remund C. Cognitive and behavioural group therapy in chronic pain: expectations and satisfactions [Französisch]. Rev Med Suisse 2009; 5(208): 1370-1374.

766. Gutgsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia PA, McLaughlin B, Harris M et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2013; 45(5): 822-831.

767. Ha EH, Oh KJ. Effects of cognitive-behavioral group therapy for depressive mothers of children with behavior problems. Child Fam Behav Ther 2006; 28(2): 1-13.

768. Haanen HC, Hoenderdos HT, Van Romunde LK, Hop WC, Mallee C, Terwiel JP et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. J Rheumatol 1991; 18(1): 72-75.

769. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB. Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention. Schizophr Bull 1990; 16(2): 277-292.

770. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J et al. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial; II: results at hospital discharge. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(3): 217-224.

771. Hackett KL, Deane K, Deary V, Rapley T, Newton JL, Ng WF. Non-pharmacological interventions for primary Sjögren's syndrome: a systematic review of the evidence. Ann Rheum Dis 2014; 73(Suppl 2): 1211-1212.

772. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003; 183(5): 418-426.

773. Hadinia A, Meyer A, Nowak K, Gschwandtner U, Fuhr P. Cognitive behavioral group therapy (CBT) for stress reduction in patients with Parkinson's disease: a randomized control trial. Parkinsonism Relat Disord 2016; 22(Suppl 2): e71.

774. Hadinia A, Meyer A, Nowak K, Nyberg E, Fuhr P, Stieglitz RD et al. Kognitive Verhaltenstherapie von Angst und Depression bei Patienten mit Morbus Parkinson. Fortschr Neurol Psychiatr 2016; 84(6): 336-343.

775. Hafner RJ, Badenoch A, Fisher J, Swift H. Spouse-aided versus individual therapy in persisting psychiatric disorders: a systematic comparison. Fam Process 1983; 22(3): 385-399.

776. Hagen R, Nordahl HM, Grawe RW. Cognitive-behavioural group treatment of depression in patients with psychotic disorders. Clin Psychol Psychother 2005; 12(6): 465-474.

777. Hagen R, Nordahl HM, Kristiansen L, Morken G. A randomized trial of cognitive group therapy vs. waiting list for patients with co-morbid psychiatric disorders: effect of cognitive group therapy after treatment and six and twelve months follow-up. Behav Cogn Psychother 2005; 33(1): 33-44.

778. Haghayegh SA, Kalantari M, Molavi H, Talebi M. Efficacy of cognitive-behavior therapy on the quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrome with predominant pain and diarrhea types [Farsi]. J Psychol 2010; 14(1): 95-110.

779. Haghayegh SA, Kalantari M, Molavi H, Talebi M, Alemohamad J. The efficacy of cognitive-behavior group therapy on health-related quality of life, health anxiety and depression in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. Pak J Med Sci 2011; 27(4): 749-753.

780. Haghighi TH, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis [Persisch]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2015; 20(3): 45-57.

781. Hahlweg K, Markman HJ. Effectiveness of behavioral marital therapy: empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. J Consult Clin Psychol 1988; 56(3): 440-447.

782. Hahlweg K, Revenstorf D, Schindler L. Treatment of marital distress: comparing formats and modalities. Advances in Behaviour Research and Therapy 1982; 4(2): 57-74.

783. Hahlweg K, Revenstorf D, Schindler L. Bericht über die Münchener Ehe-Therapiestudie: Folgerungen für die therapeutische Praxis. Partnerberatung 1983; 20(1): 13-25.

784. Hahlweg K, Revenstorf D, Schindler L. Effects of behavioral marital therapy on couples' communicationand problem-solving skills. J Consult Clin Psychol 1984; 52(4): 553-566.

785. Hahlweg K, Revenstorf D, Schindler L, Brengelmann J. Current issues in marital therapy [Spanisch]. Analisis y Modificacion de Conducta 1982; 8(17): 3-27.

786. Hahlweg K, Wiedemann G. Principles and results of family therapy in schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999; 249(Suppl 4): 108-115.

787. Hains AA, Herrman LP, Baker KL, Graber S. The development of a psycho-educational group program for adolescent sex offenders. Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation 1986; 11(1): 63-76.

788. Halford WK, Price J, Kelly AB, Bouma R, Young RMD. Helping the female partners of men abusing alcohol: a comparison of three treatments. Addiction 2001; 96(10): 1497-1508.

789. Halford WK, Sanders MR, Behrens BC. A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy. J Consult Clin Psychol 1993; 61(1): 51-60.

790. Hall A, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. Br J Psychiatry 1987; 151(2): 185-191.

791. Hall S, Edmonds P, Harding R, Chochinov H, Higginson IJ. Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: study protocol. BMC Palliat Care 2009; 8: 5.

792. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. BMJ Support Palliat Care 2011; 1(3): 315-321.

793. Haller C, Andres K, Hofer A, Hummer M, Gutweniger S, Kemmler G et al. Psychoedukative und bewältigungsorientierte Gruppentherapie für SchizophreniepatientInnen. Neuropsychiatr 2009; 23(3): 174-183.

794. Hallgren KA, Crotwell SM, Munoz RE, Gius BK, McCrady BS, Ladd BO et al. Assessing treatment integrity in alcohol behavioral couple therapy. Addict Disord Their Treat 2016; 15(2): 74-84.

795. Hallgren KA, Epstein EE, McCrady BS. Within-treatment drinking urges: the importance of drinking quantity and time since attending treatment sessions. Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(Suppl 1): 157A.

796. Hamamci Z. Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. Arts in Psychotherapy 2006; 33(3): 199-207.

797. Hamman RG, Mekjavic I, Mallinson AI, Longridge NS. Training effects during repeated therapy sessions of balance training using visual feedback. Arch Phys Med Rehabil 1992; 73(8): 738-744.

798. Hammond A, Bryan J, Hardy A. Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. Rheumatology (Oxford) 2008; 47(11): 1712-1718.

799. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2001; 40(9): 1044-1051.

800. Hammond A, Young A, Kidao R. A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2004; 63(1): 23-30.

801. Han JW, Choi H, Jeon YH, Yoon CH, Woo JM, Kim W. The effects of forest therapy on coping with chronic widespread pain: physiological and psychological differences between participants in a forest therapy program and a control group. Int J Environ Res Public Health 2016; 13(3): 255.

802. Hand WR, Stoll WD, McEvoy MD. Goal directed intraoperative therapy for head and neck microvascular free tissue transfer. Anesth Analg 2015; 120(Suppl 1): S317.

803. Handa V. Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2010; 16(Suppl 2): S53-S54.

804. Hanscom DA, Brox JI, Bunnage R. Defining the role of cognitive behavioral therapy in treating chronic low back pain: an overview. Global Spine J 2015; 5(6): 496-504.

805. Hansen MJ, Enright RD, Baskin TW, Klatt J. A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. J Palliat Care 2009; 25(1): 51-60.

806. Hardman RK, Berrett ME, Richards PS, Black S. Using experiential group therapy in the treatment of eating disorders. Eat Disord 2015; 23(1): 89-97.

807. Harmatz MG, Lapuc P. Behavior modification of overeating in a psychiatric population. J Consult Clin Psychol 1968; 32(5, Pt.1): 583-587.

808. Harper Q, Worthington EL Jr, Griffin BJ, Lavelock CR, Hook JN, Vrana SR et al. Efficacy of a workbook to promote forgiveness: a randomized controlled trial with university students. J Clin Psychol 2014; 70(12): 1158-1169.

809. Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V et al. Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not others? J Adolesc 2000; 23(1): 13-20.

810. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. BMJ 1998; 316(7144): 1559-1563.

811. Hart S, Fonareva I, Merluzzi N, Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. Qual Life Res 2005; 14(3): 695-703.

812. Harth S, Munte TF, Müller SV. Wie wirksam ist kognitive Gruppentherapie bei exekutiver Dysfunktion? Neurologie und Rehabilitation 2005; 11(5): 279-288.

813. Hartman LM. Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. J Sex Marital Ther 1983; 9(2): 137-151.

814. Hassanzade R, Janbabaei G, Salavati M, Moonesi FS, Khaleghi S, Siamian H. Evaluation of group-therapy efficacy by cognitive-behavioral therapy method for promoting general health among breast cancer patients. HealthMED 2012; 6(5): 1541-1546.

815. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). Br J Psychiatry 2013; 202(1): 35-41.

816. Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T. Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. Geriatr Gerontol Int 2011; 11(4): 431-437.

817. Hau TF. Kritische Aspekte zum Vergleich: psychoanalytische Einzeltherapie und psychoanalytische Gruppentherapie. Z Psychother Med Psychol 1971; 21(4): 138-141.

818. Haug TT, Blomhoff S, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu HP et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003; 182(4): 312-318.

819. Haug TT, Wilhelmsen I, Svebak S, Berstad A, Ursin H. Psychotherapy in functional dyspepsia. J Psychosom Res 1994; 38(7): 735-744.

820. Hautzinger M, Welz S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter: Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2004; 36(4): 789-798.

821. Hautzinger M, Welz S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter: Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie unter ambulanten Bedingungen an Depressionen mittleren Schweregrads. Z Gerontol Geriatr 2004; 37(6): 427-435.

822. Hautzinger M, Wetzel H, Szegedi A, Scheurich A, Lorch B, Singer P et al. Rückfallverhinderung bei alkoholabhängigen Männern durch die Kombination von SSRI und kognitiver Verhaltenstherapie: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten, multizentrischen Therapiestudie. Nervenarzt 2005; 76(3): 295-307.

823. Hayashi N, Tanabe Y, Nakagawa S, Noguchi M, Iwata C, Koubuchi Y et al. Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. Psychiatry Clin Neurosci 2002; 56(2): 187-193.

824. Haynes P, Kelly MR, Parthasarathy S, Bootzin R. A randomized controlled trial of cognitive behavioral social rhythm group therapy (CBSRT) for male veterans with PTSD, major depressive disorder, and sleep problems. Sleep 2012; 35(Abstract Suppl): A338.

825. Haynes PL, Kelly M, Warner L, Quan SF, Krakow B, Bootzin RR. Cognitive behavioral social rhythm group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: results from an open trial. J Affect Disord 2016; 192: 234-243.

826. Hays K, O'Dell DR, Cuthbert JP, Tefertiller C, Natale A. Virtual-reality based therapy for balance deficits during traumatic brain injury inpatient rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2015; 96(10): e44.

827. Hayward C, Varady S, Albano AM, Thienemann M, Henderson L, Schatzberg AF. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39(6): 721-726.

828. Hazel NA, McDonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. Psychiatr Serv 2004; 55(1): 35-41.

829. He R, Li Z. Compliance of schizophrenia patients in maintenance therapy [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(12): 1778-1779.

830. He Y, Li C. Morita therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD006346.

831. Hecker JE, Losee MC, Roberson-Nay R, Maki K. Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. J Anxiety Disord 2004; 18(2): 111-126.

832. Heckman BD, Lovejoy TI, Heckman TG, Anderson T, Grimes T, Sutton M et al. The moderating role of sexual identity in group teletherapy for adults aging with HIV. Behav Med 2014; 40(3): 134-142.

833. Heckman TG, Anderson ES, Sikkema KJ, Kochman A, Kalichman SC, Anderson T. Emotional distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention. Health Psychol 2004; 23(1): 94-100.

834. Heckman TG, Heckman BD, Anderson T, Lovejoy TI, Mohr D, Sutton M et al. Supportive-expressive and coping group teletherapies for HIV-infected older adults: a randomized clinical trial. AIDS Behav 2013; 17(9): 3034-3044.

835. Hedman E, Andersson E, Ljotsson B, Andersson G, Ruck C, Lindefors N. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. Behav Res Ther 2011; 49(11): 729-736.

836. Hedman E, Andersson G, Ljotsson B, Andersson E, Ruck C, Mortberg E et al. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. PLoS One 2011; 6(3): e18001.

837. Hedman E, El Alaoui S, Lindefors N, Andersson E, Ruck C, Ghaderi A et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. Behav Res Ther 2014; 59: 20-29.

838. Hedman E, Mortberg E, Hesser H, Clark DM, Lekander M, Andersson E et al. Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. Behav Res Ther 2013; 51(10): 696-705.

839. Hegerl U. The MIND-Study: a randomized placebo-controlled trial on the acute treatment of primary care patients with mild and minor depressive symptoms. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 131.

840. Hegerl U, Hautzinger M, Mergl R, Kohnen R, Schutze M, Scheunemann W et al. Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: a randomized, controlled trial including a patients' choice arm. Int J Neuropsychopharmacol 2010; 13(1): 31-44.

841. Heideman PW. Combining cognitive behavioral therapy with an alcohol intervention to reduce alcohol problems among socially anxious college students. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2009; 69(10-B): 6413.

842. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. Arch Gen Psychiatry 1998; 55(12): 1133-1141.

843. Heiney SP, McWayne J, Hurley TG, Lamb LS Jr, Bryant LH, Butler W et al. Efficacy of therapeutic group by telephone for women with breast cancer. Cancer Nurs 2003; 26(6): 439-447.

844. Heiney SP, Millon Underwood S, Tavakoli A, Arp Adams S, Wells LM, Bryant LH. Randomized trial of therapeutic group by teleconference: African American women with breast cancer. Cancer 2012; 118(15): 3822-3832.

845. Heiney SP, Ruffin J, Ettinger RS, Ettinger S. The effects of group therapy on adolescents with cancer. J Assoc Pediatr Oncol Nurses 1988; 5(3): 20-24.

846. Heinrich RL, Cohen MJ, Naliboff BD, Collins GA, Bonebakker AD. Comparing physical and behavior therapy for chronic low back pain on physical abilities, psychological distress, and patients' perceptions. J Behav Med 1985; 8(1): 61-78.

847. Heldt E, Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Guimaraes L. Booster sessions after cognitive-behavioral group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping and quality of life. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 2366.

848. Hellerstein DJ, Little S, Batchelder S, Samstag LW, Rosenthal RN, Winston A. Dysthymia: an outcome study of combined group therapy and medication treatment versus medication treatment alone. 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 17.-22.05.1997; San Diego, USA.

849. Hellerstein DJ, Little S, Samstag LW, Muran JC, Winston A, Rosenthal RN. Combined medication and group therapy for dysthymia. 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 17.-22.05.1997; San Diego, USA. 1997.

850. Hellerstein DJ, Little SA, Samstag LW, Batchelder S, Muran JC, Fedak M et al. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. J Psychother Pract Res 2001; 10(2): 93-103.

851. Helmreich I, Wagner S, Mergl R, Allgaier AK, Hautzinger M, Henkel V et al. Sensitivity to changes during antidepressant treatment: a comparison of unidimensional depression rating scales in patients with minor depression. Eur Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): Abstract P-491.

852. Hender K. Is Gestalt therapy more effective than other therapeutic approaches? Clayton: Centre for Clinical Effectiveness; 2001.

853. Hendricks C. A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2001; 62(2-A): 472.

854. Heran WJ. The effects of global empathy training on attachment styles, social competencies and empathy deficits with male adolescent sex offenders in court-ordered residential treatment. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2006; 66(9-A): 3463.

855. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Myers VH, Dalrymple K, Nolan EM. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. Behav Ther 2005; 36(2): 125-138.

856. Hernandez CR, Unturbe FM, Martinez-Lage PC, Lucas AF, Gregorio PG, Ortiz Alonso T. Effects of combined pharmacologic and cognitive treatment in the progression of moderate dementia: a two-year follow-up [Spanisch]. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42(1): 3-10.

857. Hernandez-Reif M, Field T, Krasnegor J, Theakston H. Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. Int J Neurosci 2001; 106(3-4): 131-145.

858. Hernandez-Reif M, Martinez A, Field T, Quintero O, Hart S, Burman I. Premenstrual symptoms are relieved by massage therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol 2000; 21(1): 9-15.

859. Herschbach P. Psychotherapy to reduce dysfunctional fear of progression in cancer patients. Asia Pac J Clin Oncol 2012; 8(Suppl 3): 207.

860. Herschbach P, Berg P, Waadt S, Duran G, Engst-Hastreiter U, Henrich G et al. Group psychotherapy of dysfunctional fear of progression in patients with chronic arthritis or cancer. Psychother Psychosom 2010; 79(1): 31-38.

861. Herschbach P, Book K, Berg P, Waadt S, Duran G, Engst-Hastreiter U et al. Psychotherapy of dysfunctional fear of progression in cancer patients. Psychooncology 2009; 18(Suppl 2): S96-S97.

862. Herschbach P, Book K, Dinkel A, Berg P, Waadt S, Duran G et al. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. Support Care Cancer 2010; 18(4): 471-479.

863. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(3): 277-283.

864. Herz MI, Spitzer RL, Gibbon M. Individual versus group aftercare treatment. Am J Psychiatry 1974; 131(7): 808-812.

865. Hesse S, Buschfort R, Hess A, Kabbert N, Werner C. Effektivität und Effizienz des Armstudios in der Rehabilitation subakuter Patienten nach Schlaganfall. Neurologie und Rehabilitation 2014; 20(2): 67-73.

866. Hesse S, Köhler U, Schnaack S, Werner C. Das Lokomotionsstudio: eine effektive und effiziente Lokomotionstherapie in der Gruppe für Patienten der Phasen B, C und D der neurologischen Rehabilitation. Neurologie und Rehabilitation 2015; 21(4): 195-200.

867. Hesslinger B, Van Elst LT, Nyberg E, Dykierek P, Richter H, Berner M et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a pilot study using a structured skills training program. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252(4): 177-184.

868. Heuft G, Marschner C. Psychotherapeutische Behandlung im Alter: State of the Art. Psychotherapeut 1994; 39(4): 205-219.

869. Hidding A, Van der Linden S, Boers M, Gielen X, De Witte L, Kester A et al. Is group physical therapy superior to individualized therapy in ankylosing spondylitis? A randomized controlled trial. Arthritis Care Res 1993; 6(3): 117-125.

870. Hidding A, Van der Linden S, Gielen X, De Witte L, Dijkmans B, Moolenburgh D. Continuation of group physical therapy is necessary in ankylosing spondylitis: results of a randomized controlled trial. Arthritis Care Res 1994; 7(2): 90-96.

871. Hien DA, Campbell AN, Killeen T, Hu MC, Hansen C, Jiang H et al. The impact of trauma-focused group therapy upon HIV sexual risk behaviors in the NIDA Clinical Trials Network "Women and trauma" multi-site study. AIDS Behav 2010; 14(2): 421-430.

872. Hien DA, Morgan-Lopez AA, Saavedra LM. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders on alcohol outcomes: context matters. Alcohol Clin Exp Res 2011; 35(Suppl 1): 269A.

873. Hildebrandt H, Bussmann-Mork B, Schwendemann G. Group therapy for memory impaired patients: a partial remediation is possible. J Neurol 2006; 253(4): 512-519.

874. Hildebrandt T, McCrady B, Epstein E, Cook S, Jensen N. When should clinicians switch treatments? An application of signal detection theory to two treatments for women with alcohol use disorders. Behav Res Ther 2010; 48(6): 524-530.

875. Hillert L, Kolmodin Hedman B, Dolling BF, Arnetz BB. Cognitive behavioural therapy for patients with electric sensitivity: a multidisciplinary approach in a controlled study. Psychother Psychosom 1998; 67(6): 302-310.

876. Hinton DE, Hofmann SG, Rivera E, Otto MW, Pollack MH. Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. Behav Res Ther 2011; 49(4): 275-280.

877. Ho RT, Fong TC, Cheung IK, Yip PS, Luk MY. Effects of a short-term dance movement therapy program on symptoms and stress in patients with breast cancer undergoing radiotherapy: a randomized, controlled, single-blind trial. J Pain Symptom Manage 2016; 51(5): 824-831.

878. Ho RTH, Fong TCT, Chan CLW. The effects of body-mind-spirit (BMS) group therapy and supportive-expressive (SE) group therapy on perceived stress and emotional control in breast cancer patients. Psychooncology 2013; 22(Suppl 3): 255.

879. Hoffart A. A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. Behav Res Ther 1995; 33(4): 423-434.

880. Hoffman JA, Caudill BD, Koman JJ 3rd, Luckey JW, Flynn PM, Hubbard RL. Comparative cocaine abuse treatment strategies: enhancing client retention and treatment exposure. J Addict Dis 1994; 13(4): 115-128.

881. Hofmann SG. Cognitivemediation of treatment change in social phobia. J Consult Clin Psychol 2004; 72(3): 393-399.

882. Hofmann SG, Curtiss J, Khalsa SB, Hoge E, Rosenfield D, Bui E et al. Yoga for generalized anxiety disorder: design of a randomized controlled clinical trial. Complement Ther Clin Pract 2015; 44: 70-76.

883. Hofmann SG, Meuret AE, Smits JA, Simon NM, Pollack MH, Eisenmenger K et al. Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(3): 298-304.

884. Hofmann SG, Moscovitch DA, Kim HJ, Taylor AN. Changes in self-perception during treatment of social phobia. J Consult Clin Psychol 2004; 72(4): 588-596.

885. Hofmann SG, Schulz SM, Meuret AE, Moscovitch DA, Suvak M. Sudden gains during therapy of social phobia. J Consult Clin Psychol 2006; 74(4): 687-697.

886. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia; I: one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1986; 43(7): 633-642.

887. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia; II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 1991; 48(4): 340-347.

888. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family; II: effects on adjustment of patients. Am J Psychiatry 1997; 154(11): 1514-1524.

889. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull 1995; 21(3): 379-393.

890. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family; I: description of study and effects on relapse rates. Am J Psychiatry 1997; 154(11): 1504-1513.

891. Hogg JA, Deffenbacher JL. A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. J Couns Psychol 1988; 35(3): 304-310.

892. Holcomb WR. Stress inoculation therapy with anxiety and stress disorders of acute psychiatric inpatients. J Clin Psychol 1986; 42(6): 864-872.

893. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD, Wiemer MJ, Garvey MJ, Grove WM et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(10): 774-781.

894. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(4): 417-422.

895. Holt J. The effects of an outdoor therapeutic program on the environmental beliefs and values of adolescents with emotional problems. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2011; 71(10-B): 6440.

896. Holzinger B, Klosch G, Saletu B. Studies with lucid dreaming as add-on therapy to Gestalt therapy. Acta Neurol Scand 2015; 131(6): 355-363.

897. Hoover EL, Caplan D, Waters G, Budson A. Effects of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia. Aphasiology 2015; 29(7): 781-798.

898. Hope DA, Heimberg RG, Bruch MA. Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Behav Res Ther 1995; 33(6): 637-650.

899. Hopko DR, Cannity K, McIndoo CC, File AA, Ryba MM, Clark CG et al. Behavior therapy for depressed breast cancer patients: predictors of treatment outcome. J Consult Clin Psychol 2015; 83(1): 225-231.

900. Hopko DR, Clark CG, Cannity K, Bell JL. Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. Health Psychol 2016; 35(1): 10-18.

901. Hopps SL. The efficacy of cognitive-behavioural group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2003; 64(6-B): 2921.

902. Hopps SL, Pepin M, Boisvert JM. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via interrelay-chat among people with physical disabilities. Psychotherapy 2003; 40(1-2): 136-147.

903. Hops H. Parental depression and child behaviour problems: implications for behavioural family intervention. Behav Change 1992; 9(3): 126-138.

904. Hornick JP, Clarke ME. A cost/effectiveness evaluation of lay therapy treatment for child abusing and high risk parents. Child Abuse Negl 1986; 10(3): 309-318.

905. Hosaka T. A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psychooncology 1996; 5(1): 59-64.

906. Hou Y, Hu P, Zhang Y, Lu Q, Wang D, Yin L et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. Rev Bras Psiquiatr 2014; 36(1): 47-52.

907. Hou YM, Hu PC, Zhang YM, Lu QY, Wang DD, Yin L et al. Combined cognitive behavior therapy with systematic family therapy in patients with mild to moderate postpartum depression [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2012; 26(10): 741-747.

908. Hou YM, Kang B, Lin JD, Zou XB. Combined cognitive therapy with fluoxetine hydrochloride on patients with senile depressive neurosis in open wards: a randomized controlled study. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(30): 4105-4107.

909. Hoving-Calloway K. An efficacy study exploring a multimodal treatment program for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental design. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1997; 57(9-B): 5921.

910. Hsiao FH, Jow GM, Kuo WH, Chang KJ, Liu YF, Ho RT et al. The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. Psychother Psychosom 2012; 81(3): 173-182.

911. Hsieh CJ, Chang C, Su SF, Hsiao YL, Shih YW, Han WH et al. Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. J Exp Clin Med 2010; 2(2): 72-78.

912. Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. Int J Nurs Stud 2003; 40(4): 335-345.

913. Hsu CT, Weng CY, Kuo CS, Lin CL, Jong MC, Kuo SY et al. Effects of a cognitive-behavioral group program for community-dwelling elderlywith minor depression. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25(6): 654-655.

914. Hu LX, Wu JL, Feng J, Hou YM. Ameliorative effect of client-centered therapy in combination with individual and group interventions on the psychological health status in members of drugs rehabilitation through labor [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(10): 72-74.

915. Hu X, Wang YL, Fu HP. Synthetical family treatment for depression: a randomized-controlled single-blind study among 76 cases [Chinesisch]. Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research 2007; 11(39): 7787-7790.

916. Hu XZ, Wen YS, Ma JD, Han DM, Li YX, Wang SF. A promising randomized trial of a new therapy for obsessive-compulsive disorder. Brain Behav 2012; 2(4): 443-454.

917. Huang AJ, Jenny HE, Chesney MA, Schembri M, Subak LL. A group-based yoga therapy intervention for urinary incontinence in women: a pilot randomized trial. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2014; 20(3): 147-154.

918. Huang F, Qian Q, Wang Y. Cognitive behavioral therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 161.

919. Huang FF, Jiao NN, Zhang LY, Lei Y, Zhang JP. Effects of a family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China. Patient Educ Couns 2015; 98(8): 984-990.

920. Huang GG, Chen Q, Li L. Comparison between the effect of behavioral and drug therapy on the treatment of insomnia in patients with schizophrenia in rehabilitation period [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(9): 1628-1629.

921. Huang R, Wang J, Wu D, Long H, Yang X, Liu H et al. The effects of customised brainwave music on orofacial pain induced by orthodontic tooth movement. Oral Dis 2016; 22(8): 766-774.

922. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. Psychooncology 2015; 24(1): 19-24.

923. Hughes JL, Asarnow JR. enhanced mental health interventions in the emergency department: suicide and suicide attempt prevention. Clin Pediatr Emerg Med 2013; 14(1): 28-34.

924. Hummel J, Weisbrod C, Diener S, Oster P, Kopf D. Geriatric in-patients with co-morbid depression: contribution of stress factors to the development of depressive symptoms. Internist 2011; 52(Suppl 1): 62.

925. Hummel J, Weisbrod C, Kopf D, Oster P, Gaebel A, Himpler K et al. AIDE: acute illness and depression in elderly evaluation of early intervention psychotherapy in depressed geriatric patients hospitalized for acute somatic illness. Internist 2012; 53(Suppl 1): 55.

926. Hunter-Reel D, Witkiewitz K. Does intimate partner session attendance predict outcomes in individual treatment for alcohol use disorders? Alcohol Clin Exp Res 2011; 35(Suppl 1): 83A.

927. Hunter-Reel D, Witkiewitz K, Zweben A. Does session attendance by a supportive significant other predict outcomes in individual treatment for alcohol use disorders? Alcohol Clin Exp Res 2012; 36(7): 1237-1243.

928. Hvenegaard M, Watkins ER, Poulsen S, Rosenberg NK, Gondan M, Grafton B et al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial. Trials 2015; 16(1): 344.

929. Hyun MS, Chung HI, Lee YJ. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. Appl Nurs Res 2005; 18(3): 160-166.

930. Ibadov RA, Mansurov AA, Arifjanov AS, Mansurov ZN, Strijkov NA. Hemodynamic and oxygen transport during aortocoronary shunting on the working heart. Intensive Care Med 2012; 38(Suppl 1): S160.

931. Idoko JA, Agbaji O, Agaba P, Akolo C, Inuwa B, Hassan Z et al. Direct observation therapy-highly active antiretroviral therapy in a resource-limited setting: the use of community treatment support can be effective. Int J STD AIDS 2007; 18(11): 760-763.

932. Iftene F, Predescu E, Stefan S, David D. Rational-emotive and cognitive-behavior therapy (REBT/CBT) versus pharmacotherapy versus REBT/CBT plus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder in youth; a randomized clinical trial. Psychiatry Res 2015; 225(3): 687-694.

933. Imani S, Atef Vahid MK, Gharraee B, Noroozi A, Habibi M, Bowen S. Effectiveness of mindfulness-based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. Iran J Psychiatry 2015; 10(3): 175-184.

934. Imani S, Vahid MKA, Gharraee B, Habibi M, Bowen S, Noroozi A. Comparing mindfulness-based group therapy with treatment as usual for opioid dependents: a pilot randomized clinical trial study protocol. Iran J Psychiatry Behav Sci 2015; 9(1): 1-4.

935. Inder ML, Crowe MT, Luty SE, Carter JD, Moor S, Frampton CM et al. Randomized, controlled trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy for young people with bipolar disorder. Bipolar Disord 2015; 17(2): 128-138.

936. Ingersoll KS, Farrell-Carnahan L, Cohen-Filipic J, Heckman CJ, Ceperich SD, Hettema J et al. A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users. Drug Alcohol Depend 2011; 116(1-3): 177-187.

937. Ingul JM, Aune T, Nordahl HM. A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. Psychother Psychosom 2013; 83(1): 54-61.

938. Ino A. Alcohol dependence syndrome and before-discharge intervention method (BDIM); report 2: statistical analysis of BDIM [Japanisch]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2004; 39(1): 78-88.

939. Intagliata JC. Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population. J Consult Clin Psychol 1978; 46(3): 489-498.

940. Ireland R, Paone G, Mellstrom M, Schornagel T. A behaviorally oriented therapy group to facilitate inpatient hospital adjustment. Newsletter for Research in Mental Health and Behavioral Sciences 1976; 18(1): 33-36.

941. Ismail K, Thomas SM, Maissi E, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J et al. Motivational enhancement therapy with and without cognitive behavior therapy to treat type 1 diabetes: a randomized trial. Ann Intern Med 2008; 149(10): 708-719.

942. Ismail SY, Luchtenburg AE, Timman R, Zuidema WC, Boonstra C, Weimar W et al. Home-based family intervention increases knowledge, communication and living donation rates: a randomized controlled trial. Am J Transplant 2014; 14(8): 1862-1869.

943. Israel L, Myslinski M, Dubos G, Melac M. Combined therapies in family practice and hospitals: a controlled clinical study of a population of 162 patients with criteria of age-related memory disorders [Französisch]. Presse Med 1997; 26(25): 1186-1191.

944. Jackson RE. Reducing shame through forgiveness and empathy: a group therapy approach to promoting prosocial behavior. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 60(4-B): 1856.

945. Jacob N, Neuner F, Maedl A, Schaal S, Elbert T. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. Psychother Psychosom 2014; 83(6): 354-363.

946. Jacobs MA, Spilken AZ, Norman MM, Wohlberg GW, Knapp PH. Interaction of personality and treatment conditions associated with success in a smoking control program. Psychosom Med 1971; 33(6): 545-556.

947. Jacobsen RH, Tamkin AS, Blount JB. The efficacy of rational-emotive group therapy in psychiatric inpatients. Journal of Rational-Emotive Therapy 1987; 5(1): 22-31.

948. Jacobson NS. A component analysis of behavioral marital therapy: the relative effectiveness of behavior exchange and communication/problem-solving training. J Consult Clin Psychol 1984; 52(2): 295-305.

949. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. J Consult Clin Psychol 2000; 68(2): 351-355.

950. Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmaling KB, Salusky S. Marital therapy as a treatment for depression. J Consult Clin Psychol 1991; 59(4): 547-557.

951. Jacobson NS, Follette VM, Follette WC, Holtzworth-Munroe A, Katt JL, Schmaling KB. A component analysis of behavioral marital therapy: 1-year follow-up. Behav Res Ther 1985; 23(5): 549-555.

952. Jacobson NS, Follette WC. Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. Behav Ther 1985; 16(3): 249-262.

953. Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D, Baucom DH, Hahlweg K, Margolin G. Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. J Consult Clin Psychol 1984; 52(4): 497-504.

954. Jacobson NS, Fruzzetti AE, Dobson K, Whisman M, Hops H. Couple therapy as a treatment for depression; II: the effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. J Consult Clin Psychol 1993; 61(3): 516-519.

955. Jacobson NS, Schmaling KB, Holtzworth-Munroe A. Component analysis of behavioral marital therapy: 2-year follow-up and prediction of relapse. J Marital Fam Ther 1987; 13(2): 187-195.

956. Jacobson NS, Schmaling KB, Holtzworth-Munroe A, Katt JL, Wood LF, Follette VM. Research-structured vs clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. Behav Res Ther 1989; 27(2): 173-180.

957. Jacquart SD, Marshak HH, Dos Santos H, Luu SM, Berk LS, McMahon PT et al. The effects of simultaneous exercise and psychotherapy on depressive symptoms in inpatient, psychiatric older adults. Adv Mind Body Med 2014; 28(4): 8-17.

958. James PS. Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy. J Marital Fam Ther 1991; 17(3): 263-275.

959. Janbabai G, Rashidi M, Salavati M, Hassanzadeh R, Khalegi S. Effectiveness of group therapy by cognitive behavior therapy (CBT) for decreasing psychology disorder on breast cancer patients and their physical health progress. Support Care Cancer 2012; 20(Suppl 1): S56.

960. Janicke DM, Lim CS, Perri MG, Bobroff LB, Mathews AE, Brumback BA et al. The Extension Family Lifestyle Intervention Project (E-FLIP for Kids): design and methods. Contemp Clin Trials 2011; 32(1): 50-58.

961. Jankowski S. The effectiveness of anger management group therapy in the treatment of chemically dependent patients. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2006; 66(9-B): 5091.

962. Janssen CCM, Lagro-Janssen ALM, Felling AJA. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. BJU Int 2001; 87(3): 201-206.

963. Jansson M, Linton SJ. Cognitive-behavioral group therapy as an early intervention for insomnia: a randomized controlled trial. J Occup Rehabil 2005; 15(2): 177-190.

964. Jantschek G, Zeitz M, Pritsch M, Wirsching M, Klor HU, Studt HH et al. Effect of psychotherapy on the course of Crohn's disease: results of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. Scand J Gastroenterol 1998; 33(12): 1289-1296.

965. Jarden HW. A comparison of problem-solving interventions on the functioning of youth with disruptive behavior disorders. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1995; 55(7-A): 1828.

966. Jarvik LF, Mintz J, Steuer J, Gerner R. Treating geriatric depression: a 26-week interim analysis. J Am Geriatr Soc 1982; 30(11): 713-717.

967. Jauregui A, Ponte J, Salgueiro M, Unanue S, Donaire C, Gomez MC et al. Efficacy of a cognitive and behavioural psychotherapy applied by primary care psychologists in patients with mixed anxiety-depressive disorder: a research protocol. BMC Fam Pract 2015; 16: 39.

968. Jauregui Bergara A. The psychology applied to the support and intervention of people with multiple sclerosis [Spanisch]. Mapfre Medicina 2000; 11(3): 171-177.

969. Jeffrey DB, Christensen ER. Behavior therapy versus "will power" in the management of obesity. J Psychol 1975; 90(2d Half): 303-311.

970. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J, Christensen TO et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden; OPUS trial. Br J Psychiatry 2005; 187(Suppl 48): s85-s90.

971. Jewell JD, Elliff SJ. An investigation of the effectiveness of the Relaxation Skills Violence Prevention (RSVP) program with juvenile detainees. Crim Justice Behav 2013; 40(2): 203-213.

972. Jewell JD, Malone MD, Rose P, Sturgeon D, Owens S. A multiyear follow-up study examining the effectiveness of a cognitive behavioral group therapy program on the recidivism of juveniles on probation. Int J Offender Ther Comp Criminol 2015; 59(3): 259-272.

973. Ji SG, Kim MK. The effects of mirror therapy on the gait of subacute stroke patients: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2015; 29(4): 348-354.

974. Jia HY, Han SF, Wang DG, Chen CF, Lu W. Combination treatment of psychotherapy and medication for chronic tension-type headache [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(32): 7087-7089.

975. Jian X, Gong Y, Xu Z, Lin G, Wang Z, Yu L et al. The effect of family intervention on preventing schizophrenia relapses [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Psychology 1998; 6(4): 236-238.

976. Jin M, Li J, Yang YC. Evaluation of the clinical effect of electro-acupuncture aversion therapy of alcohol-dependence [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(47): 18-20.

977. Johansson R, Bjorklund M, Hornborg C, Karlsson S, Hesser H, Ljotsson B et al. Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. PeerJ 2013; 1: e102.

978. Johnson DP, Penn DL, Bauer DJ, Meyer P, Evans E. Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. Br J Clin Psychol 2008; 47(Pt 2): 171-183.

979. Johnson NA, Lim LL, Bowe SJ. Multicenter randomized controlled trial of a home walking intervention after outpatient cardiac rehabilitation on health-related quality of life in women. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009; 16(5): 633-637.

980. Johnson S, Price M, Mehta N, Anderson PL. Stereotype confirmation concerns predict dropout from cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. BMC Psychiatry 2014; 14: 233.

981. Joling KJ, Van Marwijk HWJ, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, Appels BA et al. Effectiveness of family meetings for family caregivers on delaying time to nursing home placement of dementia patients: a randomized trial. PLoS One 2012; 7(8): e42145.

982. Joormann J, Unnewehr S. Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie. Z Klin Psychol Psychother 2002; 31(4): 284-290.

983. Joosten-Weyn Banningh LW, Prins JB, Vernooij-Dassen MJ, Wijnen HH, Olde Rikkert MG, Kessels RP. Group therapy for patients with mild cognitive impairment and their significant others: results of a waiting-list controlled trial. Gerontology 2011; 57(5): 444-454.

984. Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. Acta Psychiatr Scand 2013; 127(4): 305-317.

985. Josephson H, Carlbring P, Forsberg L, Rosendahl I. People with gambling disorder and risky alcohol habits benefit more from motivational interviewing than from cognitive behavioral group therapy. PeerJ 2016; 2016(3): 1899.

986. Joyce E. Does rapid response to group dialectical behavior therapy for Binge eating disorder predict outcome at posttreatment and 12-month follow-up? Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2012; 73(2-B): 871.

987. Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. Spine 2002; 27(17): 1835-1843.

988. Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T. The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. J Consult Clin Psychol 1998; 66(5): 753-760.

989. Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T. Indizierte Prävention bei Beziehungsstörungen: Evaluation eines psychoedukativen Kompaktprogrammes für Paare. Verhaltenstherapie 1999; 9(2): 76-85.

990. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. Lancet 2003; 361(9358): 662-668.

991. Kallestad H, Wullum E, Bjorngaard JH, Stiles TC, Morken G. The long-term effects of psychoeducation on number of hospitalizations: a randomized controlled trial comparing group or individual treatment for patients with bipolar disorder. Bipolar Disord 2015; 17(Suppl 1): 95-96.

992. Kaminer Y, Burleson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47(12): 1405-1412.

993. Kaminer Y, Burleson JA, Burke RH. Coping response, self efficacy, and aftercare treatmentoutcomes in adolescent alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res 2013; 37(Suppl 2): 82A.

994. Kaminer Y, Burleson JA, Goldston DB, Burke RH. Suicidal ideation among adolescents with alcohol use disorders during treatment and aftercare. Am J Addict 2006; 15(Suppl 1): 43-49.

995. Kamkhagi D, Costa ACO, Kusminsky S, Supino D, Diniz BS, Gattaz WF et al. Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. Rev Psiquiatr Clín 2015; 42(6): 157-160.

996. Kanas N. Long-term psychodynamic group therapy for patients with personality disorders. Int J Group Psychother 2006; 56(2): 245-250.

997. Kane CF, DiMartino E, Jimenez M. A comparison of short-term psychoeducational and support groups for relatives coping with chronic schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 1990; 4(6): 343-353.

998. Kang SY, Kleinman PH, Woody GE, Millman RB, Todd TC, Kemp J et al. Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. Am J Psychiatry 1991; 148(5): 630-635.

999. Kanofsky S, Lieb RJ. Control mastery theory and family therapy. Psychotherapy (Chic) 2007; 44(3): 316-332.

1000. Karila L, Billieux J, Benyamina A, Lancon C, Cottencin O. The effects and risks associated to mephedrone and methylone in humans: a review of the preliminary evidences. Brain Res Bull 2016; 126(Pt 1): 61-67.

1001. Karimi A, Venkatesan S. Cognitive behavior group therapy in mathematics anxiety. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2009; 35(2): 299-303.

1002. Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, Hurri H, Mutanen P, Rissanen P et al. Mini-intervention for subacute low back pain: a randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1986) 2003; 28(6): 533-540.

1003. Karterud S, Johansen MS, Wilberg T. Conjoint group and individual psychotherapy in a research trial for patients with severe personality disorders. Group 2007; 31(1-2): 31-46.

1004. Katz ML, Volkening LK, Butler DA, Anderson BJ, Laffel LM. Family-based psychoeducation and Care Ambassador intervention to improve glycemic control in youth with type 1 diabetes: a randomized trial. Pediatr Diabetes 2014; 15(2): 142-150.

1005. Kaufman I, Caspi D, Yeshurun D, Dotan I, Yaron M, Elkayam O. The effect of infliximab on extraintestinal manifestations of Crohn's disease. Rheumatol Int 2005; 25(6): 406-410.

1006. Kavitha C, Rangan U, Nirmalan PK. Quality of life and marital adjustment after cognitive behavioural therapy and behavioural marital therapy in couples with anxiety disorders. J Clin Diagn Res 2014; 8(8): WC01-WC04.

1007. Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Muller W. Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. Clin J Pain 1998; 14(3): 232-238.

1008. Keeton CP, Ginsburg GS, Drake KL, Sakolsky D, Kendall PC, Birmaher B et al. Benefits of child-focused anxiety treatments for parents and family functioning. Depress Anxiety 2013; 30(9): 865-872.

1009. Keith SJ, Bellack A, Frances A, Mance R, Matthews S. The influence of diagnosis and family treatment on acute treatment response and short term outcome in schizophrenia. Psychopharmacol Bull 1989; 25(3): 336-339.

1010. Kekow J, Moots R, Khandker R, Melin J, Freundlich B, Singh A. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 2011; 50(2): 401-409.

1011. Keller W, Pritsch M, Von Wietersheim J, Scheib P, Osborn W, Balck F et al. Effect of psychotherapy and relaxation on the psychosocial and somatic course of Crohn's disease: main results of the German Prospective Multicenter Psychotherapy Treatment study on Crohn's Disease. J Psychosom Res 2004; 56(6): 687-696.

1012. Kelley ML, Fals-Stewart W. Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol 2002; 70(2): 417-427.

1013. Kelly AB, Halford WK, Young RM. Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. Addiction 2000; 95(10): 1537-1549.

1014. Kelly BD, Nur UA, Tyrer P, Casey P. Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. Eur Psychiatry 2009; 24(5): 322-326.

1015. Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, Kalichman SC, Morgan MG, Stevenson LY et al. Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. Am J Psychiatry 1993; 150(11): 1679-1686.

1016. Kelly JF, Cristello J, Yeterian JD, Kaminer Y, Kahler CW, Timko C. Findings from the first randomized controlled trial of adolescent twelve-step facilitation. Alcohol Clin Exp Res 2016; 40(Suppl 1): 307A.

1017. Kelly MR, Haynes PL, Parthasarathy S, Bootzin RR, Perkins S. Negative mood regulation expectancies and trauma symptoms following a randomized controlled trial of cognitive behavioral social rhythm group therapy for male veterans with PTSD, major depressive disorder, and sleep problems. Sleep 2016; 39(Abstract Suppl): A299.

1018. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction. Journal of Dual Diagnosis 2014; 10(3): 108-117.

1019. Kemenoff S, Worchel F, Prevatt B, Willson V. The effects of video feedback in the context of Milan Systemic therapy. J Fam Psychol 1995; 9(4): 446-450.

1020. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. Br J Psychiatry 1998; 172(1): 413-419.

1021. Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Green B, Walton J. Group therapy for binge eating in type 2 diabetes: a randomized trial. Diabet Med 2002; 19(3): 234-239.

1022. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3): CD004858.

1023. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. WITHDRAWN: psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev 2008; (4): CD004858.

1024. Keogh KM, Smith SM, White P, McGilloway S, Kelly A, Gibney J et al. Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. Am J Manag Care 2011; 17(2): 105-113.

1025. Keogh KM, White P, Smith SM, McGilloway S, O'Dowd T, Gibney J. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. BMC Fam Pract 2007; 8: 36.

1026. Keoleian V, Stalcup SA, Polcin DL, Brown M, Galloway G. A cognitive behavioral therapy-based text messaging intervention for methamphetamine dependence. J Psychoactive Drugs 2013; 45(5): 434-442.

1027. Kerper LF, Spies CD, Salz AL, Wei-Gerlach E, Balzer F, Neumann T et al. Effects of an innovative psychotherapy program for surgical patients: bridging intervention in anesthesiology; a randomized controlled trial. Anesthesiology 2015; 123(1): 148-159.

1028. Kesler E, Bommert H. Effekte von Verhaltenstraining und kognitiver Umstrukturierung bei der Behandlung unterschiedlicher Problemstellungen der Selbstunsicherheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1986; 15(2): 133-147.

1029. Kessler K, Edelman R, Janeway D, Orlowski B, Pietrobono N, Kymissis P. The effect of stress management group therapy on patients on an adolescent psychiatric unit. Journal of Child and Adolescent Group Therapy 2000; 10(3): 151-158.

1030. Kessler S. Treatment of overweight. J Couns Psychol 1974; 21(5): 395-398.

1031. Khan F, Amatya B, Kesselring J, Galea M. Telerehabilitation for persons with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2015; (4): CD010508.

1032. Khazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G et al. Reducing delusional conviction through a cognitive-based group training game: a multicentre randomized controlled trial. Front Psychiatry 2015; 6: 66.

1033. Khodayarifard M, Pritz A, Khodayarifard S. The impact of group and individual cognitive-behavioral intervention on the mental health state of male prisoners. International Journal of Psychotherapy 2008; 12(2): 50-66.

1034. Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21(5): 438-446.

1035. Kiasari STH, Givi HG, Khaleqkhah A. The efficacy of cognitive-existential group therapy in reducing the levels of depression, anxiety and stress in patients with multiple sclerosis [Persisch]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 24(122): 368-372.

1036. Kicklighter BL. Effects of pretherapy contacts upon client attendance, therapeutic alliance, session satisfaction and pretherapy anxiety at a university training facility. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2001; 62(6-B): 2959.

1037. Kierfeld F, Ise E, Hanisch C, Gortz-Dorten A, Dopfner M. Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013; 22(9): 553-565.

1038. Kilmann PR. The effects of structure of marathon group therapy and locus of control on therapeutic outcome. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1973; 33(10-B): 5019-5020.

1039. Kilmann PR. Marathon group therapy with female narcotic addicts. Psychotherapy (Chic) 1974; 11(4): 339-342.

1040. Kilmann PR. Direct and nondirect marathon group therapy and internal-external control. J Couns Psychol 1974; 21(5): 380-384.

1041. Kilmann PR, Auerbach SM. Effects of marathon group therapy on trait and state anxiety. J Consult Clin Psychol 1974; 42(4): 607-612.

1042. Kilmann PR, Howell RJ. Effects of structure of marathon group therapy and locus of control of therapeutic outcome. J Consult Clin Psychol 1974; 42(6): 912.

1043. Kilmann PR, Milan RJ Jr, Boland JP, Mills KH, Caid C, Davidson E et al. The treatment of secondary orgasmic dysfunction II. J Sex Marital Ther 1987; 13(2): 93-105.

1044. Kilmann PR, Milan RJ Jr, Boland JP, Nankin HR, Davidson E, West MO et al. Group treatment of secondary erectile dysfunction. J Sex Marital Ther 1987; 13(3): 168-182.

1045. Kim JH, Lee BH. Mirror therapy combined with biofeedback functional electrical stimulation for motor recovery of upper extremities after stroke: a pilot randomized controlled trial. Occup Ther Int 2015; 22(2): 51-60.

1046. Kim KW, Han JW, Yoon JC, Ryu SH, Lee NJ, Hong JW et al. Effects of multimodal cognitive enhancement therapy (MCET) for people with mild cognitive impairment and early stage dementia: a randomized, controlled, double-blind, cross-over trial. Alzheimers Dement 2015; 11(7): P465.

1047. Kim MA, Kim J, Kim EJ. Effects of rational emotive behavior therapy for senior nursing students on coping strategies and self-efficacy. Nurse Educ Today 2015; 35(3): 456-460.

1048. Kim MK, Kang SD. Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with stroke and their caregivers. Yonsei Med J 2013; 54(1): 15-20.

1049. Kimiaee SA, Rahimdad Z. The examination of effectiveness of emotionally focuse couples therapy on life satisfaction and improvement of depression due to heart disease. Acta Clin Croat 2014; 53(Suppl 1): 98.

1050. King CE, Goldstein MJ. Therapist ratings of achievement of objectives in psychotherapy with acute schizophrenics. Schizophr Bull 1979; 5(1): 118-129.

1051. King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. Health Technol Assess 2000; 4(19): 1-83.

1052. Kinsella GJ, Mullaly E, Rand E, Ong B, Burton C, Price S et al. Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009; 80(7): 730-736.

1053. Kip KE, Rosenzweig L, Hernandez DF, Shuman A, Diamond DM, Girling SA et al. Accelerated Resolution Therapy for treatment of pain secondary to symptoms of combat-related posttraumatic stress disorder. Eur J Psychotraumatol 2014; 5: 24066.

1054. Kirby DF, Wade JB, Mills PR, Sugerman HJ, Kellum JM, Zfass AM et al. A prospective assessment of the Garren-Edwards Gastric Bubble and bariatric surgery in the treatment of morbid obesity. Am Surg 1990; 56(10): 575-580.

1055. Kirby JN, Sanders MR. A randomized controlled trial evaluating a parenting program designed specifically for grandparents. Behav Res Ther 2014; 52: 35-44.

1056. Kissane D, Li Y. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. Cancer 2008; 112(2): 443-444.

1057. Kissane D, Zaider T, Lederberg M, Schuler T, Li Y, Hichenberg S et al. Outcomes of randomized controlled trial of family focused grief therapy in palliative care and bereavement. Psychooncology 2015; 24(Suppl 2): 11.

1058. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. Psychooncology 2003; 12(6): 532-546.

1059. Kissane DW, Clarke D, Bloch S, Miach P, Ikin JF, Smith G et al. Australian randomized controlled trial of cognitive-existential group therapy for women with early-stage breast cancer. In: 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 30.05.-04.06.1998; Toronto, Kanada; syllabus & proceedings summary. Washington: American Psychiatric Association; 1998. S. 51. URL: http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/syllabus/am_syllabus_1998.pdf.

1060. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Christie G, Clifton D, Gold S et al. Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. Psychooncology 2004; 13(11): 755-768.

1061. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. Psychooncology 2007; 16(4): 277-286.

1062. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. J Clin Oncol 2004; 22(21): 4255-4260.

1063. Kivelitz L, Schulz H, Melchior H, Watzke B. Effectiveness of case management-based aftercare coordination by phone for patients with depressive and anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2015; 15: 90.

1064. Kjeldgaard D, Forchhammer HB, Teasdale TW, Jensen RH. Cognitive behavioural treatment for the chronic post-traumatic headache patient: a randomized controlled trial. J Headache Pain 2014; 15(1): 81.

1065. Kjeldgaard Nielsen D, Forchhammer H, Teasdale TW, Jensen RH. Cognitive behavioural treatment for the chronic posttraumatic headache patient: a randomised controlled trial. J Headache Pain 2014; 15(Suppl 1): C29.

1066. Klausner EJ, Snyder CR, Cheavens J. A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. In: Williamson GM, Shaffer DR, Parmelee PA (Ed). Physical illness and depression in older adults: a handbook of theory, research, and practice. New York: Kluwer Academic Publishers; 2000. S. 295-310.

1067. Klein DN, Leon AC, Li C, D'Zurilla TJ, Black SR, Vivian D et al. Social problem solving and depressive symptoms over time: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, brief supportive psychotherapy, and pharmacotherapy. J Consult Clin Psychol 2011; 79(3): 342-352.

1068. Klein MH, et al. A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. Int J Ment Health 1984; 13(3-4): 148-176.

1069. Klein R, Bar-On E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14(5): 672-678.

1070. Knaevelsrud C, Brand J, Lange A, Ruwaard J, Wagner B. Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2015; 17(3): e71.

1071. Knauss MR, Jeffrey D, Knauss CS, Harowski K. Therapeutic contact and individual differences in a comprehensive weight loss program. Behav Ther (N Y N Y) 1983; 6(7): 124-128.

1072. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, Moraes CU, Mombach C, Almeida E et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. Eur Psychiatry 2008; 23(8): 567-574.

1073. Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia [Portugiesisch]. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(2): 77-81.

1074. Knijnik DZ, Salum GA Jr, Blanco C, Moraes C, Hauck S, Mombach CK et al. Defense style changes with the addition of psychodynamic group therapy to clonazepam in social anxiety disorder. J Nerv Ment Dis 2009; 197(7): 547-551.

1075. Knoop H, Stulemeijer M, De Jong LW, Fiselier TJ, Bleijenberg G. Efficacy of cognitive behavioral therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: long-term follow-up of a randomized, controlled trial. Pediatrics 2008; 121(3): e619-e625.

1076. Knutson JAG. Strengthening marriages through the practice of forgiveness. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2003; 64(5-B): 2418.

1077. Koch S, Hedlund S, Rosenthal S, Hillert A. Stressbewältigung am Arbeitsplatz: ein stationäres Gruppentherapieprogramm. Verhaltenstherapie 2006; 16(1): 7-15.

1078. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MHR, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: mechanisms of change. Behav Res Ther 2015; 70: 11-22.

1079. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Huta V, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. Behav Res Ther 2013; 51(12): 889-898.

1080. Kocovski NL, Fleming JE, Rector NA. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. Cogn Behav Pract 2009; 16(3): 276-289.

1081. Koenig HG, Pearce M, Nelson B, Shaw S, Robins C, Daher N et al. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: a randomized clinical trial. Psychother Res 11.02.2015 [Epub ahead of print].

1082. Koffel E, Kuhn E, Petsoulis N, Erbes CR, Anders S, Hoffman JE et al. A randomized controlled pilot study of CBT-I Coach: feasibility, acceptability, and potential impact of a mobile phone application for patients in cognitive behavioral therapy for insomnia. Health Informatics J 27.06.2016 [Epub ahead of print].

1083. Kohler S, Hoffmann S, Unger T, Steinacher B, Dierstein N, Fydrich T. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. Clin Psychol Psychother 2013; 20(2): 97-106.

1084. Kok RN, Van Straten A, Beekman AT, Cuijpers P. Short-term effectiveness of web-based guided self-help for phobic outpatients: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2014; 16(9): e226.

1085. Komesu YM, Rogers RG, Sapien R. Hypnotherapy for treatment of overactive bladder: a pilot study. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2010; 16(Suppl 2): S86.

1086. Kontunen J, Timonen M, Muotka J, Liukkonen T. Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT). J Affect Disord 2015; 189: 89-93.

1087. Koolaee AK, Etemadi A. The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. Int J Soc Psychiatry 2010; 56(6): 634-646.

1088. Koopman C, Gore-Felton C, Azimi N, O'Shea K, Ashton E, Power R et al. Acute stress reactions to recent life events among women and men living with HIV/AIDS. Int J Psychiatry Med 2002; 32(4): 361-378.

1089. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. Psychiatr Serv 1998; 49(10): 1313-1316.

1090. Kopytin A, Lebedev A. Humor, self-attitude, emotions, and cognitions in group art therapy with war veterans. Art Therapy 2013; 30(1): 20-29.

1091. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. Behav Res Ther 2007; 45(10): 2518-2526.

1092. Kraaimaat FW, Brons MR, Geenen R, Bijlsma JW. The effect of cognitive behavior therapy in patients withrheumatoid arthritis. Behav Res Ther 1995; 33(5): 487-495.

1093. Kraenzle Schneider J, Cook JH Jr, Luke DA. Cognitive-behavioral therapy, exercise, and older adults' quality of life. West J Nurs Res 2008; 30(6): 704-723.

1094. Kramer U, Stulz N, Berthoud L, Caspar F, Marquet P, Kolly S et al. The shorter the better? A follow-up analysis of 10-session psychiatric treatment including the motive-oriented therapeutic relationship for borderline personality disorder. Psychother Res 18.12.2015 [Epub ahead of print].

1095. Krampen G. Direct measurement of psychotherapeutic outcomes: experimental construction and validation of a brief scale. Psychol Test Assess Model 2010; 52(1): 29-47.

1096. Krampen G. Experimentelle Konstruktion eines Kurzfragebogens zur direkten Veränderungsmessung psychotherapeutischer Effekte im Befinden. Diagnostica 2010; 56(4): 212-221.

1097. Krebber AM, Jansen F, Witte BI, Cuijpers P, De Bree R, Becker-Commissaris A et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: a randomized, controlled trial. Ann Oncol 2016; 27(9): 1754-1760.

1098. Krebs DE. Clinical electromyographic feedback following meniscectomy: a multiple regression experimental analysis. Phys Ther 1981; 61(7): 1017-1021.

1099. Kreidler M, Einsporn R. A comparative study of therapy duration for survivors of childhood sexual abuse. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2012; 50(4): 26-32.

1100. Kreutzer JS, Marwitz JH, Sima AP, Godwin EE. Efficacy of the brain injury family intervention: impact on family members. J Head Trauma Rehabil 2015; 30(4): 249-260.

1101. Kreuzer PM, Goetz M, Holl M, Schecklmann M, Landgrebe M, Staudinger S et al. Mindfulness-and body-psychotherapy-based group treatment of chronic tinnitus: a randomized controlled pilot study. BMC Complement Altern Med 2012; 12: 235.

1102. Kristensen LF, Steensig I, Pedersen AD, Pedersen AR, Nielsen JF. Constraint-induced aphasia therapy in subacute neurorehabilitation. Aphasiology 2015; 29(10): 1152-1163.

1103. Kronmüller KT, Stefini A, Geiser-Elze A, Horn H, Hartmann M, Winkelmann K. Familienfunktionalität und Therapieerfolg: Studie zur psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Psychotherapeut 2009; 54(1): 44-51.

1104. Kropp P, Gerber WD, Keinath-Specht A, Kopal T, Niederberger U. Behavioral treatment in migraine: cognitive-behavioral therapy and blood-volume-pulse biofeedback; a cross-over study with a two-year follow-up. Funct Neurol 1997; 12(1): 17-24.

1105. Krucoff MW, Crater SW, Green CL, Maas AC, Seskevich JE, Lane JD et al. Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. Am Heart J 2001; 142(5): 760-767.

1106. Kshettry VR, Carole LF, Henly SJ, Sendelbach S, Kummer B. Complementary alternative medical therapies for heart surgery patients: feasibility, safety, and impact. Ann Thorac Surg 2006; 81(1): 201-205.

1107. Kuch K, Harrower M, Renick JR. Observations on a time-extended group with campus volunteers. Int J Group Psychother 1972; 22(4): 471-487.

1108. Kues JN, Janda C, Kleinstauber M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2014; 15: 472.

1109. Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S, Tennakoon L. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39(5): 358-363.

1110. Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein Fries R, Leff J. Familienerfahrungen mit der Schizophrenie: Möglichkeiten der Modifikation. Nervenarzt 1983; 54(3): 139-143.

1111. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2009; 119(6): 472-483.

1112. Kunik ME, Veazey C, Cully JA, Souchek J, Graham DP, Hopko D et al. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. Psychol Med 2008; 38(3): 385-396.

1113. Kuroda M, Kawakubo Y, Kuwabara H, Yokoyama K, Kano Y, Kamio Y. A cognitive-behavioral intervention for emotion regulation in adults with high-functioning autism spectrum disorders: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 231.

1114. Kwak K, Bae N, Jang WY. Music therapy with moderate Alzheimer's disease in a long-term care center. Alzheimers Dement 2013; 9(4): P880.

1115. Kwak KP. Music therapy with moderate Alzheimer's disease in long-term care center. Int Psychogeriatr 2013; 25(Suppl 1): S188.

1116. Lackner N, Unterrainer HF, Skliris D, Wood G, Wallner-Liebmann SJ, Neuper C et al. The effectiveness of visual short-time neurofeedback on brain activity and clinical characteristics in alcohol use disorders: practical issues and results. Clin EEG Neurosci 30.09.2015 [Epub ahead of print].

1117. Lader M, Andersen HF, Baekdal T. The effect of escitalopram on sleep problems in depressed patients. Hum Psychopharmacol 2005; 20(5): 349-354.

1118. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. Behav Res Ther 2003; 41(5): 587-596.

1119. Lahera G, Bayon C, Fe Bravo-Ortiz M, Rodriguez-Vega B, Barbeito S, Saenz M et al. Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients with sub-threshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2014; 14: 215.

1120. Lahmann C, Henningsen P, Dieterich M, Radziej K, Schmid G. Tailored care for somatoform vertigo/dizziness: study protocol for a randomised controlled trial evaluating integrative group psychotherapy. J Neurol 2015; 262(8): 1867-1875.

1121. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. Cognit Ther Res 2000; 24(5): 503-520.

1122. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. Am J Psychiatry 2005; 162(2): 324-329.

1123. Lam WK, Fals-Stewart W, Kelley ML. Effects of parent skills training with behavioral couples therapy for alcoholism on children: a randomized clinical pilot trial. Addict Behav 2008; 33(8): 1076-1080.

1124. Lam WK, Fals-Stewart W, Kelley ML. Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: effects on substance use, parental relationship, parenting, and CPS involvement. Child Maltreat 2009; 14(3): 243-254.

1125. Lang AJ, Schnurr PP, Jain S, He F, Walser RD, Bolton E et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. Psychol Trauma 20.06.2016 [Epub ahead of print].

1126. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundorfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. Spine J 2003; 3(4): 270-276.

1127. Langsley D, Pittman F, Machotka P, Flomenhaft K. Family crisis therapy: results and implications. Fam Process 1968; 7(2): 145-158.

1128. Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K. Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. Am J Psychiatry 1971; 127(10): 1391-1394.

1129. Lanza ML, Satz H, Stone J, Kayne HL. Assessing the impact of group treatment for aggressive inpatients. Group 1995; 19(4): 195-219.

1130. Lappalainen P, Kaipainen K, Lappalainen R, Hoffren H, Myllymäki T, Kinnunen ML et al. Feasibility of a personal health technology-based psychological intervention for men with stress and mood problems: randomized controlled pilot trial. JMIR Res Protoc 2013; 2(1): e1.

1131. LaRosa JC, Lipsius SH, LaRosa JH. Experiences with a combination of group therapy and methadone maintenance in the treatment of heroin addiction. Int J Addict 1974; 9(4): 605-617.

1132. Lash SJ. Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1998; 24(1): 31-36.

1133. Lash SJ, Blosser SL. Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. J Subst Abuse Treat 1999; 16(1): 55-60.

1134. Lash SJ, Burden JL, Monteleone BR, Lehmann LP. Social reinforcement of substance abuse treatment aftercare participation: impact on outcome. Addict Behav 2004; 29(2): 337-342.

1135. Lash SJ, Burden JL, Parker JD, Stephens RS, Budney AJ, Horner RD et al. Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care. J Subst Abuse Treat 2013; 44(4): 449-456.

1136. LaTaillade JJ, Epstein NB, Werlinich CA. Conjoint treatment of intimate partner violence: a cognitive behavioral approach. J Cogn Psychother 2006; 20(4): 393-410.

1137. Laurenssen EMP, Westra D, Kikkert MJ, Noom MJ, Eeren HV, Van Broekhuyzen AJ et al. Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT-DH) versus treatment as usual in the treatment of severe borderline personality disorder: protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2014; 14: 149.

1138. Lavender A, Startup H, Naumann U, Samarawickrema N, Dejong H, Kenyon M et al. Emotional and social mind training: a randomised controlled trial of a new group-based treatment for bulimia nervosa. PLoS One 2012; 7(10): e46047.

1139. Lawrence DH. The effects of reality therapy group counseling on the self-determination of persons with developmental disabilities. International Journal of Reality Therapy 2004; 23(2): 9-15.

1140. Leavey G, Gulamhussein S, Papadopoulos C, Johnson-Sabine E, Blizard B, King M. A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. Psychol Med 2004; 34(3): 423-431.

1141. Lebel S, Maheu C, Courbasson C, Singh M, Catton P, Bernstein L et al. Introducing a new randomized control study to address fear of recurrence in women with cancer. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 111-112.

1142. Lecomte T, Corbiere M, Lysaker PH. A group cognitive behavioral intervention for people registered in supported employment programs: CBT-SE [Französisch]. Encephale 2014; 40(Suppl 2): S81-S90.

1143. Lecomte T, Leclerc C, Corbiere M, Wykes T, Wallace CJ, Spidel A. Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. J Nerv Ment Dis 2008; 196(12): 866-875.

1144. Lee NF, Rush A. Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. Int J Eat Disord 1986; 5(4): 599-615.

1145. Leeuwen M, Hunter M, Aaronson N. Eva-online: development and preliminary testing of a guided online cognitive behavioral therapy (CBT) program for breast cancer survivors with menopausal symptoms. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 108.

1146. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. Br J Psychiatry 1989; 154(1): 58-66.

1147. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up. Br J Psychiatry 1990; 157(4): 571-577.

1148. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom. J Clin Psychiatry 1984; 45(5 Pt 2): 43-49.

1149. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982; 141(2): 121-134.

1150. Leff J, Sharpley M, Chisholm D, Bell R, Gamble C. Training community psychiatric nurses in schizophrenia family work: a study of clinical and economic outcomes for patients and relatives. J Ment Health 2001; 10(2): 189-197.

1151. Leff J, Williams G, Huckvale MA, Arbuthnot M, Leff AP. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. Br J Psychiatry 2013; 202(6): 428-433.

1152. Leibing E, Schussler G, Rüger U. Prognosekriterien einer verhaltenstherapeutischen Schmerzbehandlung in Gruppen bei rheumatoider Arthritis. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44(2): 46-52.

1153. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: a review of empirical data. Int J Psychoanal 2005; 86(Pt 3): 841-868.

1154. Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2013; 170(7): 759-767.

1155. Leinonen E, Skarstein J, Behnke K, Agren H, Helsdingen JT. Efficacy and tolerability of mirtazapine versus citalopram: a double-blind, randomized study in patients with major depressive disorder. Int Clin Psychopharmacol 1999; 14(6): 329-337.

1156. Leirvag H, Pedersen G, Karterud S. Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. Nord J Psychiatry 2010; 64(2): 115-122.

1157. Lemieux J, Beaton DE, Hogg Johnson S, Bordeleau LJ, Hunter J, Goodwin PJ. Responsiveness to change due to supportive-expressive group therapy, improvement in mood and disease progression in women with metastatic breast cancer. Qual Life Res 2007; 16(6): 1007-1017.

1158. Lemieux J, Topp A, Chappell H, Ennis M, Goodwin PJ. Economic analysis of psychosocial group therapy in women with metastatic breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2006; 100(2): 183-190.

1159. Lemmens LH, DeRubeis RJ, Arntz A, Peeters FP, Huibers MJ. Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. Behav Res Ther 2016; 77: 170-176.

1160. Lenior ME, Dingemans PM, Schene AH, Hart AA, Linszen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia: a longitudinal study. Schizophr Res 2002; 57(2-3): 183-190.

1161. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Schene AH, Linszen DH. Predictors and the five-year course of early-onset schizophrenia: a path analysis [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2003; 45(10): 597-608.

1162. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Schene AH, Linszen DH. Predictors of the early 5-year course of schizophrenia: a path analysis. Schizophr Bull 2005; 31(3): 781-790.

1163. Lenkin A, Kuzkov V, Smetkin A, Paromov K, Slastilin V, Kirov M. Goal-directed therapy guided by transpulmonary thermodilution or pulmonary artery catheter in combined valve surgery. Eur J Anaesthesiol 2011; 28: 56-57.

1164. Lenz G. Cognitive-psychoeducative group-therapy vs TAU with additional information group: a randomized controlled study. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 19.

1165. Lenz G, Bergthaler A, Breit-Gabauer B, Demelbauer S, Stampfer I, Aigner M et al. Cognitive Behavior Therapy (CBT) versus Psychoeducation (PE) in bipolar disorder: a randomized controlled study. Bipolar Disord 2009; 11(Suppl 1): 11.

1166. Lenzo V, Gargano MT, Mucciardi M, Verso GL, Quattropani MC. Clinical efficacy and therapeutic alliance in a time-limited group therapy for young adults. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome 2014; 17(1): 9-20.

1167. Lepola UM, Loft H, Reines EH. Escitalopram (10-20 mg/day) is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. Int Clin Psychopharmacol 2003; 18(4): 211-217.

1168. Leppanen V, Hakko H, Sintonen H, Lindeman S. Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: the Oulu BPD study. Community Ment Health J 2016; 52(2): 216-227.

1169. Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Gelkopf M. Short term versus long term psychotherapy in opioid dependence: a pilot study. Isr J Psychiatry Relat Sci 1992; 29(2): 114-119.

1170. Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Shiff R, Burganski I, Gelkopf M. A naltrexone double blind placebo controlled study in Israel. Isr J Psychiatry Relat Sci 1992; 29(1): 36-43.

1171. Leung JP. Smoking cessation by auricular acupuncture and behavioral therapy. Psychologia 1991; 34(3): 177-187.

1172. Leung SS, Lam TH. Group antenatal intervention to reduce perinatal stress and depressive symptoms related to intergenerational conflicts: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2012; 49(11): 1391-1402.

1173. Lev A. A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy in the treatment of interpersonal disorders: a randomized controlled trial. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2012; 72(11-B): 7054.

1174. Lewis SW, Davies L, Jones PB, Barnes TR, Murray RM, Kerwin R et al. Randomised controlled trials of conventional antipsychotic versus new atypical drugs, and new atypical drugs versus clozapine, in people with schizophrenia responding poorly to, or intolerant of, current drug treatment. Health Technol Assess 2006; 10(17): iii-iv, ix-xi, 1-165.

1175. Li EJ, Li-Tsang CW, Lam CS, Hui KY. The effect of a "training on work readiness" program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (RCT) study. J Occup Rehabil 2006; 16(4): 529-541.

1176. Li G, Dai XY. Control study of cognitive-behavior therapy in adolescents with Internet addiction disorder [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2009; 23(7): 457-470.

1177. Li XH, Wang F, Qiu AM. A compared study of life quality in alcoholism patients after family intervention [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(24): 3322-3323.

1178. Li Y, Jia JD, Zhang MS. Influence of family mental intervention on social function, family environment and relapse rate in first-episode schizophrenics [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(21): 4184-4185.

1179. Liao J, Yang YF, Cohen L, Zhao YC, Xu Y. Effects of Chinese medicine five-element music on the quality of life for advanced cancer patients: a randomized controlled trial. Chin J Integr Med 2013; 19(10): 736-740.

1180. Liberman RP. Behavioural group therapy: a controlled clinical study. Br J Psychiatry 1971; 119(552): 535-544.

1181. Liberman RP, Levine J, Wheeler E, Sanders N, Wallace CJ. Marital therapy in groups: a comparative evaluation of behavioral and interactional formats. Acta Psychiatr Scand Suppl 1976; 266: 3-34.

1182. Liberman RP, Wallace CJ, Falloon IRH, Vaughn. Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. Compr Psychiatry 1981; 22(6): 627-630.

1183. Libman E, Fichten CS, Brender W, Burstein R, Cohen J, Binik YM. A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. J Sex Marital Ther 1984; 10(3): 147-159.

1184. Licata SC, Penetar DM, Ravichandran C, Rodolico J, Palmer C, Berko J et al. Effects of daily treatment with citicoline: a double-blind, placebo-controlled study in cocaine-dependent volunteers. J Addict Med 2011; 5(1): 57-64.

1185. Lick JR, Bootzin RR. Expectancy, demand characteristics, and contact desensitization in behavior change. Behav Ther 1970; 1(2): 176-183.

1186. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. Acta Psychiatr Scand 1997; 96(1): 14-24.

1187. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(6): 449-456.

1188. Lidren DM, Watkins PL, Gould RA, Clum GA, Asterino M, Tulloch HL. A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. J Consult Clin Psychol 1994; 62(4): 865-869.

1189. Lieb K, Stoffers J. Comparative efficacy of evidence based psychotherapies in the treatment of borderline personality disorder. Eur Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): 1.

1190. Lieberman MA, Yalom I. Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: a controlled study. Int J Group Psychother 1992; 42(1): 117-132.

1191. Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, Hope DA, Davies S, Holt CS et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome. Depress Anxiety 1999; 10(3): 89-98.

1192. Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. J Clin Nurs 2007; 16(11C): 268-275.

1193. Likhitsathian S, Uttawichai K, Boonchareon H, Wittayanookulluk A, Srisurapanont M. Topiramate for alcoholism in patients recently receiving inpatient detoxification: a 12-week, randomised, placebo-controlled trial. Eur Neuropsychopharmacol 2012; 22(Suppl 2): S392.

1194. Lilliecreutz C, Josefsson A, Sydsjo G. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women: a group intervention program. Arch Womens Ment Health 2010; 13(3): 259-265.

1195. Lim K, Erbes C, Thuras P, Rodman J, Sponheim S, Polusny M. Meditation interventions for treatment of PTSD in veterans. Neuropsychopharmacology 2014; 39(Suppl 1): S375-S376.

1196. Lin MF, Hsieh YJ, Hsu YY, Fetzer S, Hsu MC. A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. J Clin Nurs 2011; 20(7-8): 988-999.

1197. Lin WF, Mack D, Enright RD, Krahn D, Baskin TW. Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. J Consult Clin Psychol 2004; 72(6): 1114-1121.

1198. Linden M, Muschalla B, Floge B. Controlled trial of UE in occupational therapy and cognitive behavioral group therapy in anxiety patients. Psychother Psychosom 2015; 84(Suppl 1): 45.

1199. Linden M, Scherbe S, Cicholas B. Randomized controlled trial on the effectiveness of cognitive behavior group therapy in chronic back pain patients. J Back Musculoskelet Rehabil 2014; 27(4): 563-568.

1200. Lindfors P, Falk L, Rydh S, Steneby S, Ljotsson B. Real-world effectiveness of exposure-based cognitive behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: a 4-year audit of a clinical outpatient service. Neurogastroenterol Motil 2015; 27(Suppl 2): 83.

1201. Lindh-Astrand L, Nedstrand E. Effects of applied relaxation on vasomotor symptoms in postmenopausal women: a randomized controlled trial. Menopause 2013; 20(4): 401-408.

1202. Lindsay WR, Gamsu CV, McLaughlin E, Hood EM, Espie CA. A controlled trial of treatments for generalized anxiety. Br J Clin Psychol 1987; 26(Pt 1): 3-15.

1203. Ling S, Zhao C, Yang W, Wang R, Jin Z, Ma T et al. Efficacy of family intervention on schizophrenics in remission in community: result of one year follow-up study [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1999; 13(6): 325-327.

1204. Linn MW, Caffey EM Jr, Klett CJ, Hogarty GE, Lamb HR. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients: a Veterans Administration cooperative study. Arch Gen Psychiatry 1979; 36(10): 1055-1066.

1205. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. Psychol Med 1996; 26(2): 333-342.

1206. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME, Scholte WF, Goldstein M. Early family and individual interventions and relapse in recent-onset schizophrenia and related disorders. Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences 1998; 8(2): 77-84.

1207. Linszen DH, Dingemans PMAJ, Scholte WF, Lenior ME, Goldstein M. Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol 1998; 13(Suppl 1): S7-S12.

1208. Linton SJ, Melin L, Stjernlof K. The effects of applied relaxation and operant activity training on chronic pain. Behavioural Psychotherapy 1985; 13(2): 87-100.

1209. Lipka J, Hoffmann M, Miltner WHR, Straube T. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. Biol Psychiatry 2014; 76(11): 869-877.

1210. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. J Consult Clin Psychol 2003; 71(1): 118-128.

1211. Littell JH, Winsvold A, Bjorndal A, Hammerstrom KT. Functional Family Therapy for families of youth (age 11-18) with behaviour problems. Cochrane Database Syst Rev 2007; (2): CD006561.

1212. Little JA. Collaborative assessment, supportive psychotherapy or treatment as usual: an analysis of ultra-brief individualized intervention for psychiatric inpatients. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2010; 70(9-B): 5831.

1213. Little SAS, Kligler B, Homel P, Belisle SS, Merrell W. Multimodal mind/body group therapy for chronic depression: a pilot study. Explore 2009; 5(6): 330-337.

1214. Liu CJ, Hsiung PC, Chang KJ, Liu YF, Wang KC, Hsiao FH et al. A study on the efficacy of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. J Clin Nurs 2008; 17(19): 2539-2549.

1215. Liu G, He J, Li L, Liang W. Effect of positive enhance therapy on schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1999; 13(6): 330-332.

1216. Liu P, Yang D, Zhang Y, Chen Y, Liu M, An C et al. One year follow-up in a prospective controlled study of the prediction and therapy for psychosomatic symptoms in women on sterilizing operation in rural area [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1997; 11(1): 11-14.

1217. Liu SJ, Lin CJ, Chen YM, Huang XY. The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. Mid-Taiwan Journal of Medicine 2007; 12(3): 133-142.

1218. Liu X, Yang H, Zou R, Tong F, Tang H, Luo Y. The effect of music therapy and countermeasures design during cancer therapy in China. Psychooncology 2014; 23(Suppl 3): 193.

1219. Liu Y, Bo L, Sampson S, Roberts S, Zhang G, Wu W. Horticultural therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2014; (5): CD009413.

1220. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, Romeo R et al. START (STrAtegies for RelaTives) study: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. Health Technol Assess 2014; 18(61): i-xxvi, 1-242.

1221. Ljotsson B, Falk L, Rydh S, Steneby S, Lindfors P. Real-world effectiveness of exposure-based cognitive behavioral group therapy for irritable bowel syndrome-four-year audit of a clinical outpatient service. Gastroenterology 2015; 148(4): S660.

1222. Llorca PM, Azorin JM, Despiegel N, Verpillat P. Efficacy of escitalopram in patients with severe depression: a pooled analysis. Int J Clin Pract 2005; 59(3): 268-275.

1223. Llorca PM, Miadi-Fargier H, Lancon C, Jasso Mosqueda G, Casadebaig F, Philippe A et al. Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation [Französisch]. Encephale 2005; 31(2): 235-246.

1224. Longabaugh R, Beattie M, Noel N, Stout R, Malloy P. The effect of social investment on treatment outcome. J Stud Alcohol 1993; 54(4): 465-478.

1225. Lopes B, Jorge S, Maia T, Cardoso G. PSIC: a first episode intervention community program for schizophrenia; data from January 2001 to present. Early Interv Psychiatry 2010; 4(Suppl 1): 66.

1226. Lopez D, Cuevas P, Gomez A, Mendoza J. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a study with female patients [Spanisch]. Salud Ment (Mex) 2004; 27(4): 44-54.

1227. Lorentzen S, Fjeldstad A, Ruud T, Hoglend PA. Comparing short- and long-term group therapy: seven-year follow-up of a randomized clinical trial. Psychother Psychosom 2015; 84(5): 320-321.

1228. Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Hoglend P. Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2013; 203(4): 280-287.

1229. Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Hoglend PA. Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: a randomized clinical trial. Br J Clin Psychol 2015; 54(2): 129-146.

1230. Lovejoy TI, Heckman TG, Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A. Changes in sexual behavior of HIV-infected older adults enrolled in a clinical trial of standalone group psychotherapies targeting depression. AIDS Behav 2015; 19(1): 1-8.

1231. Low LF, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey AN, Chenoweth L et al. The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: the SMILE cluster randomized trial. J Am Med Dir Assoc 2014; 15(8): 564-569.

1232. Ludman EJ, Simon GE, Tutty S, Von Korff M. A randomized trial of telephone psychotherapy and pharmacotherapy for depression: continuation and durability of effects. J Consult Clin Psychol 2007; 75(2): 257-266.

1233. Ludwig G, Krenz S, Zdrojewski C, Bot M, Rousselle I, Stagno D et al. Psychodynamic interventions in cancer care I: psychometric results of a randomized controlled trial. Psychooncology 2014; 23(1): 65-74.

1234. Luoma JB, Hayes SC, Twohig MP, Roget N, Fisher G, Padilla M et al. augmenting continuing education with psychologically focused group consultation: effects on adoption of group drug counseling. Psychotherapy 2007; 44(4): 463-469.

1235. Luquiens A, Tanguy ML, Lagadec M, Benyamina A, Aubin HJ, Reynaud M. The efficacy of three modalities of internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: a randomized controlled trial. J Med Internet Res 2016; 18(2): e36.

1236. Luskin FM, Ginzburg K, Thoresen CE. The efficacy of forgiveness intervention in college age adults: randomized controlled study. Humboldt J Soc Relat 2005; 29(2): 163-184.

1237. Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M et al. Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. Psychosom Med 1998; 60(2): 204-214.

1238. Lutgens D, Iyer S, Joober R, Brown TG, Norman R, Latimer E et al. A five-year randomized parallel and blinded clinical trial of an extended specialized early intervention vs. regular care in the early phase of psychotic disorders: study protocol. BMC Psychiatry 2015; 15: 22.

1239. Luttenberger K, Stelzer EM, Forst S, Schopper M, Kornhuber J, Book S. Indoor rock climbing (bouldering) as a new treatment for depression: study design of a waitlist-controlled randomized group pilot study and the first results. BMC Psychiatry 2015; 15: 201.

1240. Lygidakis C, Wallace P, Tersar C, Marcatto F, Ferrante D, Della Vedova R et al. Download your doctor: implementation of a digitally mediated personal physician presence to enhance patient engagement with a health-promoting internet application. JMIR Res Protoc 2016; 5(1): e36.

1241. Lynch D, Tamburrino M, Nagel R, Smith MK. Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. Psychol Rep 2004; 94(3 Pt 1): 785-792.

1242. Lynch MJ, George TP. Therapeutic mechanisms underlying the effects of alcoholics anonymous: results of a systematic literature review. Am J Addict 2013; 22(3): 306.

1243. Lynch TR, Whalley B, Hempel RJ, Byford S, Clarke P, Clarke S et al. Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: protocol for randomised trial. BMJ Open 2015; 5(7): e008857.

1244. Lyse HG, Haahr UH, Fjell A, Dichmann B, Flensborg E, Simonsen E. Psychoeducation and multifamily groups for patients with first-episode psychosis [Dänisch]. Ugeskr Laeger 2007; 169(43): 3668-3672.

1245. Lyu J, Gao T, Li M, Xie L, Li W, Jin W et al. The effect of music therapy on memory, language and psychological symptoms of patients with mild Alzheimer's disease [Chinesisch]. Zhonghua Shen Jing Ge Za Zhi 2014; 47(12): 831-835.

1246. Mac Farlane LC. Resilience therapy: a group intervention programme to promote the psychological wellness of adolescents at risk. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2002; 63(1-A): 84.

1247. Macdonald GM, Turner W. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people. Cochrane Database Syst Rev 2008; (1): CD005649.

1248. Macdonald W, Blochberger C, Maynard H. Group therapy: a comparison of patient-led and staff-led groups on an open hospital ward. Psychiatr Q Suppl 1964; 38(2): 290-303.

1249. Macedo AM, Oakley SP, Panayi GS, Kirkham BW. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. Arthritis Rheum 2009; 61(11): 1522-1530.

1250. Macintyre EP. Posttraumatic growth: effects of complementary/alternative medicine (CAM) in breast cancer patients participating in group therapy. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2004; 65(6-B): 3170.

1251. Macphee DC. The effect of marital therapy on inhibited sexual desire: an outcome study [Dissertation]. University of Ottawa; 1996.

1252. Maeland JG, Havik OE. After the myocardial infarction: a medical and psychological study with special emphasis on perceived illness. Scand J Rehabil Med Suppl 1989; 22: 1-87.

1253. Maes S, Van Elderen T, Haarbosch J. The effect of rational-emotive group therapy on anger and type: a behavior [Niederländisch]. Gedrag Gezond 1986; 14(1): 27-35.

1254. Maglakelidze M, Gagua R. The effect of psychological support on quality of life in breast cancer patients. Ann Oncol 2010; 21(Suppl 8): viii370.

1255. Mahendran R, Ng HY, Chua J, Tan JYS, Lim HA, Griva K et al. A mixed-methods investigation into the efficacy of a psychoeducational support group therapy for family caregivers of cancer patients: the cope study overview. Ann Acad Med Singapore 2014; 43(10 Suppl): S45-S46.

1256. Maheshwari A, Trolley G, Franks R, Chen DK. An abbreviated support group therapy for psychogenic nonepileptic events: a neurologist-initated program in an epilepsy center. Epilepsy Curr 2013; 13(Suppl): 133-134.

1257. Mahvi-Shirazi M, Fathi-Ashtiani A, Rasoolzade-Tabatabaei SK, Amini M. Irritable bowel syndrome treatment: cognitive behavioral therapy versus medical treatment. Arch Med Sci 2012; 8(1): 123-129.

1258. Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. Psychother Psychosom 2005; 74(1): 43-50.

1259. Maina G, Rosso G, Bogetto F. Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. J Affect Disord 2009; 114(1-3): 200-207.

1260. Maisto SA, McKay JR, O'Farrell TJ. Relapse precipitants and behavioral marital therapy. Addict Behav 1995; 20(3): 383-393.

1261. Maisto SA, O'Farrell TJ, Connors GJ, McKay JR, Pelcovits M. Alcoholics' attributions of factors affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse episodes. Addict Behav 1988; 13(1): 79-82.

1262. Mak KY, Wong MC, Ma LK, Fung SC. A cost-effectiveness study of a community-based family management rehabilitation programme for schizophrenic outpatients in Hong Kong: a six-month report. Hong Kong Journal of Psychiatry 1997; 7(2): 26-35.

1263. Malla A, Joober R, Iyer S, Lutgens D, Abadi S. The optimal duration of early intervention services for psychosis: two Canadian studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2015; 265(1 Suppl): S48.

1264. Malm U. The influence of group therapy on schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl 1982; 297: 1-65.

1265. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(6): 415-423.

1266. Malmberg L, Fenton M, Rathbone J. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2001; (3): CD001360.

1267. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. J Affect Disord 2011; 130(1-2): 138-144.

1268. Mann E, Smith M, Hellier J, Hunter MS. A randomised controlled trial of a cognitive behavioural intervention for women who have menopausal symptoms following breast cancer treatment (MENOS 1): trial protocol. BMC Cancer 2011; 11: 44.

1269. Manning RM, Jung RT, Leese GP, Newton RW. The comparison of four weight reduction strategies aimed at overweight diabetic patients. Diabet Med 1995; 12(5): 409-415.

1270. Manning RM, Jung RT, Leese GP, Newton RW. The comparison of four weight reduction strategies aimed at overweight patients with diabetes mellitus: four-year follow-up. Diabet Med 1998; 15(6): 497-502.

1271. Manning VL, Hurley MV, Scott DL, Coker B, Choy E, Bearne LM. Education, self-management, and upper extremity exercise training in people with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Arthritis Care Res 2014; 66(2): 217-227.

1272. Mantzaris GJ, Petraki K, Sfakianakis M, Archavlis E, Christidou A, Chadio-Iordanides H et al. Budesonide versus mesalamine for maintaining remission in patients refusing other immunomodulators for steroid-dependent Crohn's disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2003; 1(2): 122-128.

1273. Manuel JK. Effectiveness of group community reinforcement and family training (CRAFT) versus self-directed CRAFT for the concerned loved ones of substance users. Alcohol Clin Exp Res 2009; 33(Suppl 1): 285A.

1274. Manuel JK, Austin JL, Miller WR, McCrady BS, Tonigan JS, Meyers RJ et al. Community Reinforcement and Family Training: a pilot comparison of group and self-directed delivery. J Subst Abuse Treat 2012; 43(1): 129-136.

1275. Marceaux JC, Melville CL. Twelve-step facilitated versus mapping-enhanced cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: a controlled study. J Gambl Stud 2011; 27(1): 171-190.

1276. Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E et al. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. Eur J Cancer 1996; 32A(9): 1612-1615.

1277. Marcus S, Marquis P, Sakai C. Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. Int J Stress Manag 2004; 11(3): 195-208.

1278. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1996; 153(12): 1585-1592.

1279. Margolin A, Avants SK, Arnold R. Acupuncture and spirituality-focused group therapy for the treatment of HIV-positive drug users: a preliminary study. J Psychoactive Drugs 2005; 37(4): 385-390.

1280. Margolin G, Weiss RL. Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. J Consult Clin Psychol 1978; 46(6): 1476-1486.

1281. Marino A. Treating chronic insomnia: a cognitive-behavioural group therapy approach. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2002; 62(11-B): 5381.

1282. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y, Van Meter PE, Zhao Y, Hembree E et al. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2015; 172(5): 430-440.

1283. Marmarosh CL. Putting the group in your pocket: using the collective identity to enhance personal and collective self-esteem. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 59(7-B): 3702.

1284. Marmarosh CL, Corazzini JG. Putting the group in your pocket: using collective identity to enhance personal and collective self-esteem. Group Dyn 1997; 1(1): 65-74.

1285. Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. Br J Psychiatry 2000; 176(6): 557-562.

1286. Marshall A, Spreadbury J, Cheston R, Coleman P, Ballinger C, Mullee M et al. A pilot randomised controlled trial to compare changes in quality of life for participants with early diagnosis dementia who attend a 'Living Well with Dementia' group compared to waiting-list control. Aging Ment Health 2015; 19(6): 526-535.

1287. Martin E, Battaglini C, Hands B, Naumann FL. Higher-intensity exercise helps cancer survivors remain motivated. J Cancer Surviv 2016; 10(3): 524-533.

1288. Martin LA, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming disembodiment: the effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia; a multicenter randomized controlled trial. Front Psychol 2016; 7: 483.

1289. Martin PR, Aiello R, Gilson K, Meadows G, Milgrom J, Reece J. Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: an exploratory randomized controlled trial. Behav Res Ther 2015; 73: 8-18.

1290. Martinsen EW, Olsen T, Tonset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. J Clin Psychiatry 1998; 59(8): 437-442.

1291. Martiny K, Refsgaard E, Lund V, Lunde M, Sorensen L, Thougaard B et al. A 9-week randomized trial comparing a chronotherapeutic intervention (wake and light therapy) to exercise in major depressive disorder patients treated with duloxetine. J Clin Psychiatry 2012; 73(9): 1234-1242.

1292. Martiny K, Refsgaard E, Lund V, Lunde M, Sorensen L, Thougaard B et al. The day-to-day acute effect of wake therapy in patients with major depression using the HAM-D6 as primary outcome measure: results from a randomised controlled trial. PLoS One 2013; 8(6): e67264.

1293. Marvin SE, Miklowitz DJ, O'Brien MP, Cannon TD. Family-focused therapy for individuals at clinical high risk for psychosis: treatment fidelity within a multisite randomized trial. Early Interv Psychiatry 2016; 10(2): 137-143.

1294. Marziali E, Donahue P. Caring for others: internet video-conferencing group intervention for family caregivers of older adults with neurodegenerative disease. Gerontologist 2006; 46(3): 398-403.

1295. Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. Int J Group Psychother 1997; 47(4): 475-497.

1296. Marzola E, Knatz S, Murray SB, Rockwell R, Boutelle K, Eisler I et al. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. Eur Eat Disord Rev 2014; 23(3): 210-218.

1297. Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ. A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy. Behav Res Ther 2011; 49(12): 821-829.

1298. Masuda A, Nakazato M, Kihara T, Minagoe S, Tei C. Repeated thermal therapy diminishes appetite loss and subjective complaints in mildly depressed patients. Psychosom Med 2005; 67(4): 643-647.

1299. Matakas F, Schmitt-Voss T, Rohrbach E, Vogt-Kempe A, Churan J. Effect of the family relationship on in-patient treatment of severe major depression: is family therapy always appropriate? Fam Ther 1999; 26(3): 201-211.

1300. Matsumoto T, Imamura F, Kobayashi O, Wada K, Ozaki S, Takeuchi Y et al. Evaluation of a relapse-prevention program for methamphetamine-dependent inmates using a self-teaching workbook and group therapy. Psychiatry Clin Neurosci 2014; 68(1): 61-69.

1301. Mattes JA, Rosen B, Klein DF. Comparison of the clinical effectiveness of short versus long stay psychiatric hospitalization. J Nerv Ment Dis 1977; 165(6): 387-394.

1302. Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, Barnett B, Charles M. Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. J Affect Disord 2004; 79(1-3): 113-126.

1303. Mavreas VG, Tomaras V, Karydi V, Economou M, Stefanis CN. Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27(1): 4-9.

1304. Mayet S, Farrell M, Ferri M, Amato L, Davoli M. Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. Cochrane Database Syst Rev 2005; (1): CD004330.

1305. Mayoral F, Berrozpe A, De la Higuera J, Martinez-Jambrina JJ, De Dios Luna J, Torres-Gonzalez F. Efficacy of a family intervention program for prevention of hospitalization in patients with schizophrenia: a naturalistic multicenter controlled and randomized study in Spain [Spanisch]. Rev Psiquiatr Salud Ment 2015; 8(2): 83-91.

1306. Mazurek B, Seydel C, Haupt H, Szczepek A, Klapp BF, Schrom T. Integrierte Tinnitusintensivbehandlung: Verringerung der tinnitusbedingten Belastung während einer 1-Jahres-Katamnese. Gesundheitswesen 2009; 71(1): 35-40.

1307. Mazzi F, Berardinis M, Gozzi E, Maffei P, Neri M, Vecchi GP. Psychotherapeutic approach to family stress in coping wth the demented Ss Preliminary report. J Neurol 1985; 232(Suppl 1): 144.

1308. McCart MR, Henggeler SW, Chapman JE, Cunningham PB. System-level effects of integrating a promising treatment into juvenile drug courts. J Subst Abuse Treat 2012; 43(2): 231-243.

1309. McCrady BS, Epstein E, Cook S. Therapists' use of common and specific factors in alcohol behavioral couples therapy as predictors of treatment response. Alcohol Clin Exp Res 2010; 34(6): 289A.

1310. McCrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. J Consult Clin Psychol 2009; 77(2): 243-256.

1311. McCrady BS, Epstein EE, Hallgren KA, Cook S, Jensen NK. Women with alcohol dependence: a randomized trial of couple versus individual plus couple therapy. Psychol Addict Behav 2016; 30(3): 287-299.

1312. McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. Issues in the implementation of a randomized clinical trial that includes Alcoholics Anonymous: studying AA-related behaviors during treatment. J Stud Alcohol 1996; 57(6): 604-612.

1313. McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. Addiction 1999; 94(9): 1381-1396.

1314. McCrady BS, Epstein EE, Kahler CW. Alcoholics anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18-month outcomes. J Consult Clin Psychol 2004; 72(5): 870-878.

1315. McCrady BS, Moreau J, Paolino TJ Jr, Longabaugh R. Joint hospitalization and couples therapy for alcoholism; a four-year follow-up. J Stud Alcohol 1982; 43(11): 1244-1250.

1316. McCrady BS, Noel NE, Abrams DB, Stout RL, Nelson HF, Hay WM. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. J Stud Alcohol 1986; 47(6): 459-467.

1317. McCrady BS, Paolino TJ Jr, longabough R, Rossi J. Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: a pilot study. Addict Behav 1979; 4(2): 155-165.

1318. McCrady BS, Stout R, Noel N, Abrams D, Nelson HF. Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. Br J Addict 1991; 86(11): 1415-1424.

1319. McCreight BH. A comparative study of two types of group therapy for adult female survivors of childhood sexual abuse. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1996; 56(11-B): 6399.

1320. McCrone P, Ridsdale L, Darbishire L, Seed P. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy, graded exercise and usual care for patients with chronic fatigue in primary care. Psychol Med 2004; 34(6): 991-999.

1321. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello M, Teri L. Training caregivers to change the sleep hygiene practices of patients with dementia: the NITE-AD project. J Am Geriatr Soc 2003; 51(10): 1455-1460.

1322. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, Vitiello MV, Teri L. nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2005; 53(5): 793-802.

1323. McDaniel W. Evaluation of the use of group therapeutic techniques for vocational rehabilitation. Group Psychotherapy 1963; 16(4): 255-259.

1324. McDavid JW. Immediate effects of group therapy upon response to social reinforcement among juvenile delinquents. J Consult Psychol 1964; 28(5): 409-412.

1325. McEntee DJ. Cognitive group therapy and exercise in the treatment of anxiety and stress. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1996; 56(8-A): 3060.

1326. McEntee DJ, Halgin RP. Cognitive group therapy and aerobic exercise in the treatment of anxiety. J College Stud Psychother 1999; 13(3): 37-55.

1327. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM. The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: evidence for intolerance of uncertainty. J Anxiety Disord 2016; 41: 96-107.

1328. McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. J Anxiety Disord 2009; 23(4): 519-528.

1329. McFarland J. Effects of family interventions on adolescent mother's self-differentiation, personal authority and health risks. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1997; 58(1-B): 0136.

1330. McFarlane WR, Cook WL, Woodberry KA. A randomized clinical trial of familyaided assertive community treatment for young persons at high risk for onset of an initial psychosis. Schizophr Bull 2011; 37(Suppl 1): 314.

1331. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatr Serv 1996; 47(7): 744-750.

1332. McGlynn F, Reynolds E, Linder LH. Experimental desensitization following therapeutically oriented and physiologically oriented instructions. J Behav Ther Exp Psychiatry 1971; 2(1): 13-18.

1333. McGrady A, Wauquier A, McNeil A, Gerard G. Effect of biofeedback-assisted relaxation on migraine headache and changes in cerebral blood flow velocity in the middle cerebral artery. Headache 1994; 34(7): 424-428.

1334. McGregor BA, Dolan ED, Murphy KM, Sannes TS, Highland KB, Albano DL et al. Cognitive behavioral stress management for healthy women at risk for breast cancer: a novel application of a proven intervention. Ann Behav Med 2015; 49(6): 873-884.

1335. McHugh RK, Greenfield SF. Psychiatric symptom improvement in women following group substance abuse treatment: results from the women's recovery group study. J Cogn Psychother 2010; 24(1): 26-36.

1336. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry 2005; 162(4): 741-747.

1337. McKay JR, Longabaugh R, Beattie MC, Maisto SA, Noel NE. Does adding conjoint therapy to individually focused alcoholism treatment lead to better family functioning? J Subst Abuse 1993; 5(1): 45-59.

1338. McKay JR, Maisto SA, O'Farrell TJ. End-of-treatment self-efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. Alcohol Clin Exp Res 1993; 17(5): 1078-1083.

1339. McKay KM. Exploring the medical versus contextual model in psychosocial oncology: cognitive-behavioral stress management and supportive-expressive group psychotherapy in a mixed cancer sample. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2008; 68(8-B): 5583.

1340. McLean LM, Walton T, Rodin G, Esplen MJ, Jones JM. A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: outcomes of a randomized controlled trial. Psychooncology 2013; 22(1): 28-38.

1341. McLean PD, Ogston K, Grauer L. A behavioral approach to the treatment of depression. J Behav Ther Exp Psychiatry 1973; 4(4): 323-330.

1342. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. JAMA 1993; 269(15): 1953-1959.

1343. McLeod T, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers: part 2. Br J Nurs 2007; 16(5): 292-295.

1344. McLeod T, Morris M, Birchwood M, Dovey A. Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers: part 1. Br J Nurs 2007; 16(4): 248-252.

1345. McLoughlin DM, Mogg A, Eranti S, Pluck G, Purvis R, Edwards D et al. The clinical effectiveness and cost of repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy in severe depression: a multicentre pragmatic randomised controlled trial and economic analysis. Health Technol Assess 2007; 11(24): 1-54.

1346. McWhirter PT. Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. J Interpers Violence 2011; 26(12): 2457-2482.

1347. Meezan W, O'Keefe M. Evaluating the effectiveness of multifamily group therapy in child abuse and neglect. Res Soc Work Pract 1998; 8(3): 330-353.

1348. Mehling WE, Hamel KA, Acree M, Byl N, Hecht FM. Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. Altern Ther Health Med 2005; 11(4): 44-52.

1349. Mehlman SK, Baucom DH, Anderson D. Effectiveness of cotherapists versus single therapists and immediate versus delayed treatment in behavioral marital therapy. J Consult Clin Psychol 1983; 51(2): 258-266.

1350. Mehlum L, Ramberg M, Tormoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55(4): 295-300.

1351. Meister R, Princip M, Schmid JP, Schnyder U, Barth J, Znoj H et al. Myocardial Infarction - Stress PRevention INTervention (MI-SPRINT) to reduce the incidence of posttraumatic stress after acute myocardial infarction through trauma-focused psychological counseling: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 329.

1352. Melau M, Bertelsen M, Jeppesen P, Krarup G, Nordentoft M, Thorup A et al. A randomised clinical trial of the effect of five-years versus two-years specialised assertive intervention for first episode psychosis: the OPUS-II trial. Schizophr Res 2010; 117(2-3): 526.

1353. Melau M, Jeppesen P, Thorup A, Bertelsen M, Petersen L, Gluud C et al. The effect of five years versus two years of specialised assertive intervention for first episode psychosis: OPUS II; study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011; 12: 72.

1354. Melau M, Thorup A, Bertelsen M, Jeppesen P, Krarup G, Nordentoft M. Does extended specialized intervention for patients with first episode psychosis improve outcome in the critical period? The OPUS II trial. Schizophr Bull 2011; 37(Suppl 1): 315.

1355. Melin I, Karlstrom B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27(9): 1127-1135.

1356. Melin I, Reynisdottir S, Berglund L, Zamfir M, Karlstrom B. Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit: long-term outcome and drop-out. Eat Weight Disord 2006; 11(1): 22-30.

1357. Mellentin AI, Nielsen B, Nielsen AS, Yu F, Stenager E. A randomized controlled study of exposure therapy as aftercare for alcohol use disorder: study protocol. BMC Psychiatry 2016; 16(1): 112.

1358. Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E et al. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. Pediatrics 2004; 113(6): e597-e607.

1359. Melyani M, Shairi MR, Ghaedi G, Bakhtirari M, Tavali A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based on Heimberg's model on the decrease of social anxiety symptoms [Farsi]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2009; 15(1): 42-49.

1360. Menard C, Trudel C, Cloutier R. Anal reeducation for postoperative fecal incontinence in congenital diseases of the rectum and anus. J Pediatr Surg 1997; 32(6): 867-869.

1361. Mergl R, Henkel V, Allgaier AK, Kramer D, Hautzinger M, Kohnen R et al. Are treatment preferences relevant for response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioural therapy in depressed primary care patients. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 292.

1362. Mergl R, Henkel V, Allgaier AK, Kramer D, Hautzinger M, Kohnen R et al. Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. Psychother Psychosom 2010; 80(1): 39-47.

1363. Metternich B, Schmidtke K, Harter M, Dykierek P, Hull M. Konzeption und Erprobung eines gruppentherapeutischen Behandlungskonzepts für die funktionelle Gedächtnis- und Konzentrationsstörung. Psychother Psychosom Med Psychol 2010; 60(6): 202-210.

1364. Meyer E, Shavitt R, Leukefeld C, Heldt E, Knapp P, Souza F et al. Defense mechanisms changes after cognitive-behavior group therapy plus motivational interviewing and thought mapping for obsessive-compulsive disorder. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 354.

1365. Meyer E, Shavitt RG, Leukefeld C, Heldt E, Souza FP, Knapp P et al. Addingmotivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. Rev Bras Psiquiatr 2010; 32(1): 20-29.

1366. Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG et al. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. Behav Cogn Psychother 2010; 38(3): 319-336.

1367. Micallef J, Fakra E, Blin O. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression [Französisch]. Encephale 2006; 32(2 Pt 1): 263-269.

1368. Michalak J, Schultze M, Heidenreich T, Schramm E. A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. J Consult Clin Psychol 2015; 83(5): 951-963.

1369. Michie AM, Lindsay WR. A treatment component designed to enhance empathy in sex offenders with an intellectual disability. British Journal of Forensic Practice 2012; 14(1): 40-48.

1370. Michielin P, Cenedese C, Cristofoli M, Zaros N. Usefulness and effectiveness of group cognitive-behavioral psychotherapy and mutual support group therapy for depressed caregivers of psychiatric patients [Italienisch]. G Ital Med Lav Ergon 2007; 29(3 Suppl B): B18-B25.

1371. Mihanovic M, Restek-Petrovic B, Bogovic A, Ivezic E, Bodor D, Pozgain I. Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 585-595.

1372. Mikamo A. The integration of family factors into individual cognitive-behavioral treatment of non-suicidal self-multilative behavior. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1995; 56(6-B): 3456.

1373. Miklowitz DJ. Family-focused treatment for children and adolescents with bipolar disorder. Isr J Psychiatry Relat Sci 2012; 49(2): 95-101.

1374. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(9): 904-912.

1375. Miklowitz DJ, O'Brien MP, Schlosser DA, Addington J, Candan KA, Marshall C et al. Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: results of a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53(8): 848-858.

1376. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2007; 164(9): 1340-1347.

1377. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(4): 419-426.

1378. Miklowitz DJ, Schneck CD, George EL, Taylor DO, Sugar CA, Birmaher B et al. Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: a 2-year randomized trial. Am J Psychiatry 2014; 171(6): 658-667.

1379. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. Biol Psychiatry 2000; 48(6): 582-592.

1380. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy for inflammatory bowel disease: 24-month data from a randomised controlled trial. Int J Behav Med 2017; 24(1): 127-135.

1381. Miles ALS. The effects of gentle yoga vs. cognitive behavioral therapy on physical and psychological symptoms, neurocognitive functioning, and physiology in women with Fibromyalgia. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2014; 75(2-B(E)).

1382. Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49(3): 236-245.

1383. Miller IW, Bishop DS, Epstein-Lubow G. Reduction in post-stroke depressive symptoms among patients and caregivers: the FITT study. Am J Geriatr Psychiatry 2010; 18(3): S61-S62.

1384. Miller IW, Norman WH, Keitner GI. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: six- and twelve-month follow-up. Am J Psychiatry 1989; 146(10): 1274-1279.

1385. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. J Consult Clin Psychol 1999; 67(5): 688-697.

1386. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. Addict Behav 1980; 5(1): 13-24.

1387. Min Z, Xu L, Chen H, Ding X, Yi Z, Mingyuang Z. A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese rehabilitation center. Am J Drug Alcohol Abuse 2011; 37(3): 141-147.

1388. Minniti A, Bissoli L, Di Francesco V, Fantin F, Mandragona R, Olivieri M et al. Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. Eat Weight Disord 2007; 12(4): 161-167.

1389. Minsel WR, Bommert H, Bastine R, Langer I, Nickel H, Tausch R. Weitere Untersuchungen der Auswirkung und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1972; 3(1): 232-250.

1390. Mirabella F, Rosicarelli ML, Broccoli G, Leoncini L, Marchesini N, Morosini P. Effectiveness assessment of a structured cognitive-behavioural group therapy on psychiatric inpatients in day centres [Italienisch]. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2009; 15(3): 329-352.

1391. Miranda J, Azocar F, Organista KC, Dwyer E, Areane P. Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups. Psychiatr Serv 2003; 54(2): 219-225.

1392. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry 2004; 65(9): 1236-1241.

1393. Mitchell CG. A study of locus of control and the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in the treatment of persons with panic disorder. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1997; 58(3-A): 1094.

1394. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Pomeroy C, Hatsukami D, Zimmerman R. Antidepressants vs. group therapy in the treatment of bulimia. Psychopharmacol Bull 1987; 23(1): 41-44.

1395. Mittelman MS, Epstein C, Hobday JV. Efficacy of internet-based training of clinicians to implement an evidence-based intervention for dementia caregivers. Alzheimers Dement 2015; 11(7): P189.

1396. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. JAMA 1996; 276(21): 1725-1731.

1397. Moadel AB, Bernstein SL, Mermelstein RJ, Arnsten JH, Dolce EH, Shuter J. A randomized controlled trial of a tailored group smoking cessation intervention for HIV-infected smokers. J Acquir Immune Defic Syndr 2012; 61(2): 208-215.

1398. Moeller F, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. J Subst Abuse Treat 2001; 21(4): 193-198.

1399. Mohammadi A, Birashk B, Gharaie B. Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation [Farsi]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2014; 19(3): 187-194.

1400. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol 2001; 69(6): 942-949.

1401. Mohr DC, Goodkin DE, Islar J, Hauser SL, Genain CP. Treatment of depression is associated with suppression of nonspecific and antigen-specific T(H)1 responses in multiple sclerosis. Arch Neurol 2001; 58(7): 1081-1086.

1402. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. Psychosom Med 2003; 65(4): 542-547.

1403. Mokhtari S, Doost HTN, Molavi H. The effect of cognitive-behavior group therapy on depression and dogmatization of patients with multiple sclerosis (M.S.) [Farsi]. J Psychol 2008; 12(47): 242-251.

1404. Mokuau N, Braun KL, Wong LK, Higuchi P, Gotay CC. Development of a family intervention for Native Hawaiian women with cancer: a pilot study. Soc Work 2008; 53(1): 9-19.

1405. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, Li CK. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. AIDS Patient Care STDS 2002; 16(2): 83-96.

1406. Monnazami F, Bagherian-Sararuodi R, Soltani MAT, Rabiei M. Comparison of metacognitive (MCT) and cognitive-behavioral (CBT) interventions on reducing the general anxiety symptoms and metacognitive beliefs of patient with this disorder [Persisch]. Majallahi Danishkadahi Pizishkii Isfahan 2013; 31(233): 475-485.

1407. Monras M, Freixa N, Ortega L, Lligona A, Mondon S, Gual A. Efficacy of group therapy of alcoholics: results of a controlled clinical trial [Spanisch]. Med Clin (Barc) 2000; 115(4): 126-131.

1408. Monsarrat P, Vergnes JN, Cantagrel A, Algans N, Cousty S, Kemoun P et al. Effect of periodontal treatment on the clinical parameters of patients with rheumatoid arthritis: study protocol of the randomized, controlled ESPERA trial. Trials 2013; 14: 253.

1409. Monson CM, Fredman SJ, Macdonald A, Pukay-Martin ND, Resick PA, Schnurr PP. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: a randomized controlled trial. JAMA 2012; 308(7): 700-709.

1410. Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. PLoS One 2014; 9(11): e112348.

1411. Montero I, Asencio A, Hernandez I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. Schizophr Bull 2001; 27(4): 661-670.

1412. Montero I, Hernandez I, Asencio A, Bellver F, LaCruz M, Masanet MJ. Do all people with schizophrenia receive the same benefit from different family intervention programs? Psychiatry Res 2005; 133(2-3): 187-195.

1413. Montero I, Masanet MJ, Bellver F, Lacruz M. The long-term outcome of 2 family intervention strategies in schizophrenia. Compr Psychiatry 2006; 47(5): 362-367.

1414. Montero I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Asencio A, García E. Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers [Spanisch]. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34(3): 169-174.

1415. Montgomery SA, Andersen HF. Escitalopram versus venlafaxine XR in the treatment of depression. Int Clin Psychopharmacol 2006; 21(5): 297-309.

1416. Moore R, Abrahamsen R, Brodsgaard I. Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. Eur J Oral Sci 1996; 104(5-6): 612-618.

1417. Moore R, Brodsgaard I. Group therapy compared with individual desensitization for dental anxiety. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22(4): 258-262.

1418. Moore R, Brodsgaard I, Abrahamsen R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. Eur J Oral Sci 2002; 110(4): 287-295.

1419. Moorey S, Greer S, Watson M, Baruch JDR, Robertson BM, Mason A et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. Psychooncology 1994; 3(1): 39-46.

1420. Morales Tlapanco MdP, Medina Sanudo MG, Jurado Cardenas S. Effect of behavioral-cognitive treatment of symptoms and subjective well-being of patients with vertigo problems [Spanisch]. Revista Mexicana de Psicologia 1998; 15(1): 49-57.

1421. Moran JA, Gatz M. Group therapies for nursing home adults: an evaluation of two treatment approaches. Gerontologist 1987; 27(5): 588-591.

1422. Moran M, Watson CG, Brown J, White C, Jacobs L. Systems releasing action therapy with alcoholics: an experimental evaluation. J Clin Psychol 1978; 34(3): 769-774.

1423. Morgan RD, Winterowd CL, Fuqua DR. The efficacy of an integrated theoretical approach to group psychotherapy for male inmates. J Contemp Psychother 1999; 29(3): 203-222.

1424. Morgan T. Psychological change in group therapy experienced by women survivors of childhood sexual abuse. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2000; 60(9-B): 4898.

1425. Morita N, Suetsugu S, Shimane T, Okasaka Y, Kiyoshige T, Iwai K. Development of a manualized cognitive behavioral therapy program for Japanese drug addicts and a study of the efficacy of the program [Japanisch]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2007; 42(5): 487-505.

1426. Morken G. Non-adherence to antipsychotic medication: effects of integrated treatment on relapse and rehospitalisation in recent onset schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259(Suppl 1): S33.

1427. Morland LA, Greene CJ, Rosen CS, Foy D, Reilly P, Shore J et al. Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial. J Clin Psychiatry 2010; 71(7): 855-863.

1428. Morley KC, Sitharthan G, Haber PS, Tucker P, Sitharthan T. The efficacy of an opportunistic cognitive behavioral intervention package (OCB) on substance use and comorbid suicide risk: a multisite randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2014; 82(1): 130-140.

1429. Morrel TM, Elliott JD, Murphy CM, Taft CT. Cognitive behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. Behav Ther 2003; 34(1): 77-95.

1430. Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. Lancet 2014; 383(9926): 1395-1403.

1431. Morriss R, Garland A, Nixon N, Guo B, James M, Kaylor-Hughes C et al. Efficacy and cost-effectiveness of a specialist depression service versus usual specialist mental health care to manage persistent depression: a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2016; 3(9): 821-831.

1432. Morton J, Snowdon S, Gopold M, Guymer E. Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: a public sector pilot study. Cogn Behav Pract 2012; 19(4): 527-544.

1433. Mosalanejad L, Khodabakshi Koolee A. Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: the effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. Int J Fertil Steril 2013; 6(4): 224-231.

1434. Mosalanejad L, Koolaee AK, Behbahani BM. Looking out for the secret wound: the effect of E-cognitive group therapy with emotional disclosure on the status of mental health in infertile women. Int J Fertil Steril 2012; 6(2): 87-94.

1435. Mosalanejad L, Koolaee AK, Jamali S. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). Iran J Reprod Med 2012; 10(5): 483-488.

1436. Mosig AA. The impact of exposure therapy and didactic intervention on reduction of somatic symptoms in posttraumatic stress disorder. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2006; 67(4-B): 2235.

1437. Motamed Najjar M, Ossareh S, Bahmani B, Shafiabadi A. Effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope in women under maintenance emodialysis. Iran J Kidney Dis 2011; 5(Suppl 2): 32-33.

1438. Mo'tamedi H, Rezaiemaram P, Tavallaie A. The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact. Headache 2012; 52(7): 1106-1119.

1439. Muela Martinez JA, Godoy Garcia JF. Family intervention program for schizophrenia: two-year follow-up of the Andalusia Study [Spanisch]. Apunt Psicol 2001; 19(3): 421-430.

1440. Mueller A, Mueller U, Silbermann A, Reinecker H, Bleich S, Mitchell JE et al. A randomized, controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for compulsive buying disorder: posttreatment and 6-month follow-up results. J Clin Psychiatry 2008; 69(7): 1131-1138.

1441. Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. Integrated neuro cognitive therapy (INT): final results of an international RCT including a 1-year follow-up. Schizophr Bull 2011; 37(Suppl 1): 316.

1442. Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. Schizophr Bull 2015; 41(3): 604-616.

1443. Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF et al. A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. Schizophr Bull 2013; 39(3): 658-672.

1444. Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Zarate R, Fox L, Feldman J et al. Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. Addict Behav 2009; 34(10): 867-877.

1445. Mueser KT, Sengupta A, Schooler NR, Bellack AS, Xie H, Glick ID et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. J Consult Clin Psychol 2001; 69(1): 3-12.

1446. Mulder CL, Antoni MH, Emmelkamp PM, Veugelers PJ, Sandfort TG, Van de Vijver FA et al. Psychosocial group intervention and the rate of decline of immunological parameters in asymptomatic HIV-infected homosexual men. Psychother Psychosom 1995; 63(3-4): 185-192.

1447. Muller A, Arikian A, De Zwaan M, Mitchell JE. Cognitive-behavioural group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. Clin Psychol Psychother 2013; 20(1): 28-35.

1448. Müller DR, Benzing VJ, Roder V. Effectiveness of integrated cognitive remediation therapy for schizophrenia outpatients: early versus long-term course of illness; results from an international RCT. Schizophr Res 2014; 153(Suppl 1): S117.

1449. Müller DR, Schmidt SJ, Roder V. Empirical evidence of INT. In: Roder V, Müller DR (Ed). INT-integrated neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Cham: Springer International Publishing; 2015. S. 129-131.

1450. Mululo SCC, De Menezes GB, Fontenelle L, Versiani M. Cognitive behavioral-therapies, cognitive therapies and behavioral strategies for the treatment of social anxiety disorder [Portugiesisch]. Rev Psiquiatr Clín 2009; 36(6): 221-228.

1451. Munsch S, Biedert E, Keller U. Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. Swiss Med Wkly 2003; 133(9-10): 148-154.

1452. Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. Int J Eat Disord 2007; 40(2): 102-113.

1453. Munzel K, Tunner W. Lerngeschichtliche Interpretation und Probehandlung: eine Therapievergleichsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1983; 12(4): 245-272.

1454. Muroff J, Steketee G, Rasmussen J, Gibson A, Bratiotis C, Sorrentino C. Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: a preliminary trial. Depress Anxiety 2009; 26(7): 634-640.

1455. Myrseth H, Litlere I, Stoylen IJ, Pallesen S. A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers. Nord J Psychiatry 2009; 63(1): 22-31.

1456. Nader-Mohammadi Moghadam M, Atef-Vahid MK, Asgharnejad-Farid AA, Shabani A, Lavasni F. Short-term dynamic psychotherapy versus sertraline in treatment of social phobia. Iran J Psychiatry Behav Sci 2015; 9(2): e228.

1457. Najafi M, Soleimani A, Ahmadi K, Javidi N, Hoseni E, Pirjavid F. The study of the effectiveness of couple emotionally focused therapy (EFT) on increasing marital adjustment and improving the physical and psychological health of the infertile couples [Persisch]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2015; 17(133): 8-21.

1458. Nakahara T, Nakahara K, Uehara M, Koyama K, Li K, Harada T et al. Effect of juggling therapy on anxiety disorders in female patients. Biopsychosoc Med 2007; 1: 10.

1459. Nansel TR, Anderson BJ, Laffel LMB, Simons-Morton BG, Weissberg-Benchell J, Wysocki T et al. A multisite trial of a clinic-integrated intervention for promoting family management of pediatric type 1 diabetes: feasibility and design. Pediatr Diabetes 2009; 10(2): 105-115.

1460. Naoki K, Nobuo A, Emi I. Randomized controlled trial on effectiveness of the community re-entry program to inpatients with schizophrenia spectrum disorder, centering around acquisition of illness self-management knowledge [Japanisch]. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2003; 105(12): 1514-1531.

1461. Nardi B, Massei M, Arimatea E, Moltedo-Perfetti A. Effectiveness of group CBT in treating adolescents with depression symptoms: a critical review. Int J Adolesc Med Health 20.01.2016 [Epub ahead of print].

1462. Nardi L, Zucchini S, Petracci E, Cavrini G, Maltoni G, Scipione M et al. A randomized controlled study on the effect of a group therapy for parents of youths with type 1 diabetes on quality of life. Pediatr Diabetes 2012; 13(Suppl 17): 156.

1463. Narvaez A, Rubinos C, Cortes-Funes F, Gomez R, Garcia A. Evaluation of effectiveness of a group cognitive-behavioral therapy on body image, self-esteem, sexuality and distress in breast cancer patients [Spanisch]. Psicooncologia (Pozuelo de Alarcon) 2008; 5(1): 93-102.

1464. Nashef AA. The effects of group therapy on the affective states, socal distance, interpersonal locus of control, life satisfaction, and ward behaviour among the institutionalized aged. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1981; 42(1-B): 384.

1465. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramirez MI, Sabio-Sanchez JM, Coin MA, Robles-Ortega H, Hidalgo-Tenorio C et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom 2010; 79(2): 107-115.

1466. Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. Behav Res Ther 2014; 59: 40-51.

1467. Negrei C, Stan M, Balalau C, Ginghina O, Baconi DL, Craciun B. The effectiveness of combining pharmacologic strategies with MCBT for diminishing the level of depression and anxiety at patients diagnosed with addiction. Toxicol Lett 2015; 238(2): S150.

1468. Neumann K, Heider J, Zaby A, Schroder A. Langzeitverlauf nach störungsorientierten Kurzgruppeninterventionen bei somatoformen Störungen mit multiplen Körperbeschwerden: eine 3-Jahres-Katamnese. Psychother Psychosom Med Psychol 2015; 65(2): 73-80.

1469. Nevonen L, Broberg AG. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for eating disorder not otherwise specified. Eur Eat Disord Rev 2005; 13(1): 29-37.

1470. Newman MG, Przeworski A, Consoli AJ, Taylor CB. A randomized controlled trial of ecological momentary intervention plus brief group therapy for generalized anxiety disorder. Psychotherapy 2014; 51(2): 198-206.

1471. Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. J Consult Clin Psychol 1986; 54(2): 196-202.

1472. Ng SM, Li AM, Lou VW, Tso IF, Wan PY, Chan DF. Incorporating family therapy into asthma group intervention: a randomized waitlist-controlled trial. Fam Process 2008; 47(1): 115-130.

1473. Nguyen SD. Simultaneous technique of exercise and psychotherapy (STEP) as an adjunct to multidisciplinary treatment in acute inpatient psychiatric hospitalized older adults with depressive symptoms. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2008; 69(4-B): 2275.

1474. Nho JH. Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands [Koreanisch]. J Korean Acad Nurs 2013; 43(5): 681-689.

1475. Ni SG, Wu XC. A study on the intervening effect of a cognitive-behavioral interactive group therapy on academic burnout of college students [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Psychology 2009; 17(4): 512-514.

1476. Nicholson JM, Sanders MR. Randomized controlled trial of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. J Divorce Remarriage 1999; 30(3-4): 1-23.

1477. Nickel M, Nickel C, Tritt K, Lahmann C, Leiberich P, Loew T et al. Stationäre Behandlung von Frauen mit überlastungsbedingter depressiver Erkrankung: beeinflusst das Einbeziehen des Partners die Behandlungsergebnisse? Eine randomisierte, prospektive, kontrollierte Studie. Wien Med Wochenschr 2004; 154(15-16): 378-382.

1478. Nie YX, Xu TL. Cognitive behavioral therapy for depression in advanced schistosomiasis patients [Chinesisch]. Zhongguo Xue Xi Chong Bing Fang Zhi Za Zhi 2012; 24(4): 471-473.

1479. Nieminen K, Berg I, Frankenstein K, Viita L, Larsson K, Persson U et al. Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth: a randomized controlled trial. Cogn Behav Ther 2016; 45(4): 287-306.

1480. Nierenberg A, Hansen N, Peters A, Sylvia LG, Magalhaes PV, Berk M et al. Co-morbid anxiety moderates psychosocial treatment outcome for bipolar depression. Bipolar Disord 2014; 16(Suppl 1): 43-44.

1481. Nierenberg AA, Greist JH, Mallinckrodt CH, Prakash A, Sambunaris A, Tollefson GD et al. Duloxetine versus escitalopram and placebo in the treatment of patients with major depressive disorder: onset of antidepressant action, a non-inferiority study. Curr Med Res Opin 2007; 23(2): 401-416.

1482. Nika E, Briken P. Die Anwendung von Viagra bei Frauen: eine kasuistische Beschreibung von fünf Frauen. Sexuologie 2000; 7(4): 223-232.

1483. Nikendei C, Haitz M, Huber J, Ehrenthal JC, Herzog W, Schauenburg H et al. Day clinic and inpatient psychotherapy of depression (DIP-D): qualitative results from a randomized controlled study. Int J Ment Health Syst 2016; 10: 41.

1484. Niu YX, Tan JP, Guan JQ, Zhang ZQ, Wang LN. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2010; 24(12): 1102-1111.

1485. Nomura N. Individual reminiscence therapy improves self-esteem for Japanese community-dwelling older adults [Japanisch]. Shinrigaku Kenkyu 2009; 80(1): 42-47.

1486. Nooripour R, Apsche J, De Velasco BP, Aminizadeh M. Effectiveness of self-efficacy group therapy on problem solving skill and sexual self-efficacy in addicted women. Int J Behav Consult Ther 2014; 9(1): 35-38.

1487. Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. Early Interv Psychiatry 2015; 9(2): 156-162.

1488. Nordin L, Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. J Rehabil Med 2012; 44(1): 87-90.

1489. Normandy JP. Video feedback in a social skills group with psychiatric/mentally retarded adults. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1997; 58(1-A): 0292.

1490. Norrholm SD, Jovanovic T, Gerardi M, Breazeale KG, Price M, Davis M et al. Baseline psychophysiological and cortisol reactivity as a predictor of PTSD treatment outcome in virtual reality exposure therapy. Behav Res Ther 2016; 82: 28-37.

1491. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. Cancer 2007; 110(12): 2809-2818.

1492. Norton MJ. Evaluation of a Brief Behavioral Activation Therapy for Depression (BATD) group protocol in an inpatient geriatric psychiatry facility. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2011; 71(11-B): 7099.

1493. Norton PJ. Development and evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2003; 63(9-B): 4381.

1494. Norton PJ, Hope DA. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36(2): 79-97.

1495. Nouchi R, Taki Y, Takeuchi H, Hashizume H, Nozawa T, Sekiguchi A et al. Beneficial effects of reading aloud and solving simple arithmetic calculations (learning therapy) on a wide range of cognitive functions in the healthy elderly: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2012; 13: 32.

1496. Nouwens F, Dippel DW, De Jong-Hagelstein M, Visch-Brink EG, Koudstaal PJ, De Lau LM. Rotterdam Aphasia Therapy Study (RATS)-3: "The efficacy of intensive cognitive-linguistic therapy in the acute stage of aphasia"; design of a randomised controlled trial. Trials 2013; 14: 24.

1497. Novo P, Landin-Romero R, Radua J, Vicens V, Fernandez I, Garcia F et al. Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: a randomized, controlled pilot-study. Psychiatry Res 2014; 219(1): 122-128.

1498. Nugter A, Dingemans P, Van der Does JW, Linszen D, Gersons B. Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. Psychiatry Res 1997; 72(1): 23-31.

1499. Nurenberg JR, Schleifer S, Carson S, Tsang J, Montalvo C, Chou K. Equine-facilitated group psychotherapy with chronic psychiatric inpatients: two controlled studies. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 694.

1500. Nurenberg JR, Schleifer SJ, Shaffer TM, Yellin M, Desai PJ, Amin R et al. Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. Psychiatr Serv 2015; 66(1): 80-86.

1501. O'Brien C, Volpicelli J. Basic and clinical research leading to the use of naltrexone in the treatment of alcoholism. 8th European College of Neuropsychopharmacology Congress; 30.09.-04.10.1995; Venedig, Italien.

1502. Ochs EPP. A sex-expert computer program in therapeutic dialogue with couples: an investigation of resultant attitudes, learning, and sexual behaviors. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2003; 63(7-B): 3481.

1503. O'Donnell CR, Worell L. Motor and cognitive relaxation in the desensitization of anger. Behav Res Ther 1973; 11(4): 473-481.

1504. O'Donovan A, Gibson S, Gill E. Compassion-focused therapy for people living with HIV: pilot of a mindfulness and compassion-based cognitive therapy group. HIV Med 2015; 16(Suppl 2): 63.

1505. O'Dowd H, Gladwell P, Rogers CA, Hollinghurst S, Gregory A. Cognitive behavioural therapy in chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial of an outpatient group programme. Health Technol Assess 2006; 10(37): iii-iv, ix-x, 1-121.

1506. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS. Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. J Stud Alcohol 1998; 59(4): 357-370.

1507. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Brown ED, McCourt WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. J Stud Alcohol 1993; 54(6): 652-666.

1508. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG, Brown E, Bayog R, McCourt W et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. Behav Ther 1996; 27(1): 7-24.

1509. O'Farrell TJ, Cutter HSG, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. Behav Ther 1992; 23(4): 529-549.

1510. O'Farrell TJ, Cutter HSG, Floyd FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. Behav Ther 1985; 16(A2): 147-167.

1511. O'Farrell TJ, Kleinke CL, Cutter HS. Sexual adjustment of male alcoholics: changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. Addict Behav 1998; 23(3): 419-425.

1512. O'Farrell TJ, Murphy M, Alter J, Fals-Stewart W. Behavioral family counseling for substance abuse: a treatment development pilot study. Alcohol Clin Exp Res 2009; 33(Suppl 1): 199A.

1513. O'Farrell TJ, Schein AZ. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. J Fam Psychother 2011; 22(3): 193-215.

1514. O'Farrell TJ, Schumm JA, Dunlap LJ, Murphy MM. A randomized clinical trial of group versus standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. J Consult Clin Psychol 2016; 84(6): 497-510.

1515. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Piper WE. Changes in perceived social support after group therapy for complicated grief. J Nerv Ment Dis 2003; 191(8): 524-530.

1516. Ogrodniczuk JS, Piper WE. The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. Group Dyn 2003; 7(1): 64-76.

1517. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: what are the roles of interpersonal distress and cohesion? Psychiatry 2006; 69(3): 249-261.

1518. Oguzhanoglu NK, Sozeri-Varma G, Karadag F, Tumkaya S, Efe M, Kiroglu Y. Prefrontal cortex neurochemical metabolite levels in major depression and the effects of treatment: an HMRS study [Türkisch]. Turk Psikiyatri Derg 2014; 25(2): 75-83.

1519. Ojeda N, Pena J, Bengoetxea E, Segarra R, Garcia J, Eguiluz JI et al. Verbal fluency improves significantly after cognitive remediation in first episode psychosis. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 1101.

1520. Ojeda N, Pena J, Bengoetxea E, Segarra R, Sanchez PM, Elizagarate E et al. Cognitive rehabilitation in executive functioning and processing speed in schizophrenia and first-episode psychosis. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 1102.

1521. Ojeda N, Pena J, Sanchez P, Bengoetxea E, Elizagarate E, Ezcurra J et al. Efficiency of cognitive rehabilitation with REHACOP in chronic treatment resistant Hispanic patients. NeuroRehabilitation 2012; 30(1): 65-74.

1522. Okajima I, Nakamura M, Nishida S, Usui A, Hayashida KI, Kanno M et al. Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia. Psychiatry Res 2013; 210(2): 515-521.

1523. Oktay J, Bellin M, Scarvalone S, Appling S, MacDonald R, Helzlsouer K. Mixed-methods evaluation of a family-focused mind-body medicine intervention to reduce fatigue among breast cancer survivors. Psychooncology 2009; 18(Suppl 2): S211.

1524. O'Leary E, Sheedy G, O'Sullivan K, Thoresen C. Cork older adult intervention project: outcomes of a gestalt therapy group with older adults. Couns Psychol Q 2003; 16(2): 131-143.

1525. O'Leary EM, Barrett P, Fjermestad KW. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. J Anxiety Disord 2009; 23(7): 973-978.

1526. O'Leary K, Turkewitz H. A comparative outcome study of behavioral marital therapy and communication therapy. J Marital Fam Ther 1981; 7(2): 159-169.

1527. O'Leary KD, Beach SR. Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. Am J Psychiatry 1990; 147(2): 183-186.

1528. Omlor G, Kiewitz S, Pietschmann S, Roesler S. Einfluss einer präoperativen Visualisierungstherapie auf die postoperativen Ergebnisse nach Leistenherniotomie und Strumaresektion. Zentralbl Chir 2000; 125(4): 380-385.

1529. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. Investigating effectuality of cognitive-behavioral therapy (CBT) as group method on the basis of hope rate in patients suffering from multiple sclerosis (M.S) [Persisch]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012; 22(93): 57-65.

1530. Omranifard V, Karahmadi M, Jannesari Z, Maracy M. Efficacy of modified compliance therapy for schizophrenia patients. J Res Med Sci 2012; 17(Suppl 2): S258-S263.

1531. Onen ZP, Sen E, Eris Gulbay B, Ozturk A, Akkoca Yildiz O, Acican T et al. Comparing the effectiveness of different treatment modalities on the smoking cessation rates [Türkisch]. Tuberk Toraks 2010; 58(4): 385-392.

1532. Onu C, Ongeri L, Bukusi E, Cohen CR, Neylan TC, Oyaro P et al. Interpersonal psychotherapy for depression and posttraumatic stress disorder among HIV-positive women in Kisumu, Kenya: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2016; 17: 64.

1533. Orive M, Barrio I, Orive VM, Matellanes B, Padierna JA, Cabriada J et al. A randomized controlled trial of a 10 week group psychotherapeutic treatment added to standard medical treatment in patients with functional dyspepsia. J Psychosom Res 2015; 78(6): 563-568.

1534. Ortner R, Schindler S, Kraigher D, Fischer G. Nikotinabhängigkeit bei Frauen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2001; 3(4): 207-213.

1535. O'Shea G, Spence SH, Donovan CL. Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Behav Cogn Psychother 2015; 43(1): 1-19.

1536. Ossareh S, Najjar MM, Bahmani B, Shafiabadi A. Effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope in women under maintenance hemodialysis. Nephrol Dial Transplant 2012; 27(Suppl 2): ii283.

1537. Ost LG, Ferebee I, Furmark T. One-session group therapy of spider phobia: direct versus indirect treatments. Behav Res Ther 1997; 35(8): 721-732.

1538. Osterndorf CL, Enright RD, Holter AC, Klatt JS. Treating adult children of alcoholics through forgiveness therapy. Alcohol Treat Q 2011; 29(3): 274-292.

1539. Otero V, Rebolledo S. Results of a rehabilitation program for chronic schizophrenics [Spanisch]. Psiquis 1992; 13(3): 54-61.

1540. Otteson JP. Curative caring: the use of buddy groups with chronic schizophrenics. J Consult Clin Psychol 1979; 47(3): 649-651.

1541. Otto MW, Pollack MH, Gould RA, Worthington JJ 3rd, McArdle ET, Rosenbaum JF. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. J Anxiety Disord 2000; 14(4): 345-358.

1542. Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, Van Balkom AJLM, Van de Lisdonk EH, Breteler MHM et al. Attempts to stop long-term use of benzodiazepine by means of controlled dose reduction with or without the help of group therapy [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2004; 46(11): 725-737.

1543. Oxelmark L, Magnusson A, Lofberg R, Hilleras P. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. Inflamm Bowel Dis 2007; 13(2): 182-190.

1544. Padberg F, Ruther T, Palm U, Hasan A, Linhardt A, Ertl-Wagner B et al. tDCS-from resting state network modulation to enhancing psychotherapy. Clin Neurophysiol 2013; 124(10): e52-e53.

1545. Paddock SM, Hunter SB, Leininger TJ. Does group cognitive-behavioral therapy module type moderate depression symptom changes in substance abuse treatment clients? J Subst Abuse Treat 2014; 47(1): 78-85.

1546. Pahnke J, Lundgren T, Hursti T, Hirvikoski T. Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: a quasi-experimental pilot study. Autism 2014; 18(8): 953-964.

1547. Paivio SC, Greenberg LS. Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. J Consult Clin Psychol 1995; 63(3): 419-425.

1548. Pakhale S, Armstrong MA, Garde A, Reid B, Aitken D, Mullen K et al. A pilot implementation of buddhist mindfulness training, combined with the Ottawa model for smoking cessation in an out-patient respirology clinic setting. Am J Respir Crit Care Med 2014; 189(Abstract Issue): A2796.

1549. Palesh O, Mustian K, Heckler C, Purnell J, Peppone L, Weiss M et al. A phase III randomized prospective trial of the effect of psychotherapy on distress in 287 prostate cancer patients: a URCC CCOP study. J Clin Oncol 2009; 27(15 Suppl 1): 9637.

1550. Paley G, Cahill J, Barkham M, Shapiro D, Jones J, Patrick S et al. The effectiveness of psychodynamic-interpersonal therapy (PIT) in routine clinical practice: a benchmarking comparison. Psychol Psychother 2008; 81(Pt 2): 157-175.

1551. Palma-Sevillano C, CaneTe-Crespillo J, Farriols-Hernando N, Cebria-Andreu J, Michael M, Alonso-Fernandez I et al. Randomised controlled trial of cognitive-motivational therapy program for the initial phase of schizophrenia: a 6-month assessment. Eur J Psychiatry 2011; 25(2): 68-80.

1552. Palmer S, Davidson K, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Norrie J et al. The cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the BOSCOT trial. J Personal Disord 2006; 20(5): 466-481.

1553. Palmstierna T, Haugan G, Jarwson S, Rasmussen K, Nottestad JA. Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. Nord J Psychiatry 2012; 66(5): 360-365.

1554. Pandian JD, Felix C, Kaur P, Sharma D, Julia L, Toor G et al. Family-led rehabilitation after stroke in India: the ATTEND pilot study. Int J Stroke 2015; 10(4): 609-614.

1555. Papadopoulos L, Walker C, Anthis L. Living with vitiligo: a controlled investigation into the effects of group cognitive-behavioural and person-centred therapies. Dermatology and Psychosomatics 2004; 5(4): 172-177.

1556. Parizadeh H, Abadi HH, Mashhadi A, Kermani AT. Investigating effectiveness of existential and reality group-therapy in treatment of body-image problem in women who undergo mastectomy [Persisch]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2012; 15(22): 27-35.

1557. Parsons JT, Golub SA, Rosof E, Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. J Acquir Immune Defic Syndr 2007; 46(4): 443-450.

1558. Pasha H, Faramarzi M, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Salmalian H. Comparison of pharmacological and nonpharmacological treatment strategies in promotion of infertility self-efficacy scale in infertile women: a randomized controlled trial. Iran J Reprod Med 2013; 11(6): 495-502.

1559. Patel A, Maissi E, Chang HC, Rodrigues I, Smith M, Thomas S et al. Motivational enhancement therapy with and without cognitive behaviour therapy for Type 1 diabetes: economic evaluation from a randomized controlled trial. Diabet Med 2011; 28(4): 470-479.

1560. Patterson TL, Bucardo J, McKibbin CL, Mausbach BT, Moore D, Barrio C et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older Latinos with chronic psychosis. Schizophr Bull 2005; 31(4): 922-930.

1561. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. Am J Geriatr Psychiatry 2003; 11(1): 17-23.

1562. Pattinson PR, Rardin MW, Lindberg FH. Effects of immediate feedback on the therapeutic content of group leaders' statements. Small Group Behavior 1977; 8(3): 303-311.

1563. Paukert AL, Kraus-Schuman C, Wilson N, Snow AL, Calleo J, Kunik ME et al. The Peaceful Mind manual: a protocol for treating anxiety in persons with dementia. Behav Modif 2013; 37(5): 631-664.

1564. Paxton SJ, McLean SA, Gollings EK, Faulkner C, Wertheim EH. Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: an RCT. Int J Eat Disord 2007; 40(8): 692-704.

1565. Pei JT, Shi ZH. An effective combined therapy for simple premature ejaculation [Chinesisch]. Zhonghua Nan Ke Xue 2008; 14(8): 731-733.

1566. Peltz JS, Rogge RD, Rogosch FA, Cicchetti D, Toth SL. The benefits of child-parent psychotherapy to marital satisfaction. Fam Syst Health 2015; 33(4): 372-382.

1567. Peltzer K, Ramlagan S, Jones D, Weiss SM, Fomundam H, Chanetsa L. Efficacy of a lay health worker led group antiretroviral medication adherence training among non-adherent HIV-positive patients in KwaZulu-Natal, South Africa: results from a randomized trial. SAHARA J 2012; 9(4): 218-226.

1568. Penckofer SM, Ferrans C, Mumby P, Byrn M, Emanuele MA, Harrison PR et al. A psychoeducational intervention (SWEEP) for depressed women with diabetes. Ann Behav Med 2012; 44(2): 192-206.

1569. Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. Int J Eat Disord 2002; 31(2): 172-184.

1570. Peng C, Yan L, Ma X, Wu W. Effect of group therapy on social anxiety of college students [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2003; 17(4): 229-231, 234.

1571. Peng Y, Lu Y, Wei W, Yu J, Wang D, Xiao Y et al. The effect of a brief intervention for patients with ischemic stroke: a randomized controlled trial. J Stroke Cerebrovasc Dis 2015; 24(8): 1793-1802.

1572. Perfect MM, Breslin JH, Cousins JC, Bootzin RR. Insomnia subtypes and improvement from nonpharmacological therapy. Sleep 2009; 32(Abstract Suppl): A266.

1573. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Kalvin C, Adzhiashvili V et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord 2010; 12(6): 627-637.

1574. Perlick DA, Nelson AH, Mattias K, Selzer J, Kalvin C, Wilber CH et al. In our own voice-family companion: reducing self-stigma of family members of persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2011; 62(12): 1456-1462.

1575. Perry EB Jr, Gil R, Miles D, Brenner L, MacDougall L, Johnson R et al. Mazindol augmentation of antipsychotic treatment for schizophrenic patients with comorbid cocaine abuse or dependence: a preliminary double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Dual Diagn 2004; 1(1): 37-47.

1576. Peters E, Landau S, McCrone P, Cooke M, Fisher P, Steel C et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. Acta Psychiatr Scand 2010; 122(4): 302-318.

1577. Peterson AV, Chang C, Collins PL. The effects of reality therapy and choice theory training on self concept among Taiwanese university students. Int J Adv Couns 1998; 20(1): 79-83.

1578. Petrak F, Albus C, Hermanns N, Herpertz S, Kronfeld K, Kruse J et al. Cognitive behavioural therapy vs. sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: a multicentre randomised controlled trial. J Psychosom Res 2012; 72(6): 496-497.

1579. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W et al. Study protocol of the Diabetes and Depression Study (DAD): a multi-center randomized controlled trial to compare the efficacy of a diabetes-specific cognitive behavioral group therapy versus sertraline in patients with major depression and poorly controlled diabetes mellitus. BMC Psychiatry 2013; 13: 206.

1580. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W et al. Cognitive behavioral therapy versus sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: the Diabetes and Depression (DAD) study; a randomized controlled multicenter trial. Diabetes Care 2015; 38(5): 767-775.

1581. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Hiemke C, Hiller W et al. Nonadherence to treatment strongly predicts therapy outcome in patients with depression and diabetes: results of the diabetes depression study (dad study). Psychosom Med 2014; 76(3): A-134.

1582. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Kronfeld K, Kruse J et al. Cognitive behavioral therapy vs. sertraline in patients with depression and poorly controlled diabetes: a multicenter randomized controlled trial. Diabetes 2011; 60(Suppl 1): A83.

1583. Petrak F, Herpertz S, Albus C, Hermanns N, Kronfeld K, Kulzer B et al. Poor adherence to therapy of depression in diabetes patients with insufficient metabolic control: results of the Diabetes Depression Study (DAD study). Diabetologia 2012; 55(Suppl 1): S400.

1584. Petry NM, Martin B, Simcic F Jr. Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: integration with group therapy in a methadone clinic. J Consult Clin Psychol 2005; 73(2): 354-359.

1585. Peveler R, Kendrick T, Buxton M, Longworth L, Baldwin D, Moore M et al. A randomised controlled trial to compare the cost-effectiveness of tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors and lofepramine. Health Technol Assess 2005; 9(16): 1-134, iii.

1586. Pfennig A, Leopold K, Bechdolf A, Correll CU, Holtmann M, Lambert M et al. Early specific cognitive-behavioural psychotherapy in subjects at high risk for bipolar disorders: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2014; 15: 161.

1587. Pfohl M, Luft D, Blomberg I, Schmulling RM. Long-term changes of body weight and cardiovascular risk factors after weight reduction with group therapy and dexfenfluramine. Int J Obes 1994; 18(6): 391-395.

1588. Phan T, Carter O, Waterer G, Braithwaite M, Chung L, Rudd C et al. Investigating the efficacy of cognitive behavioural therapy on improving the mental health of chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomised control trial. Respirology 2015; 20(Suppl 2): 35.

1589. Phan T, Carter O, Waterer G, Chung LP, Hawkins M, Rudd C et al. Investigating the efficacy of cognitive behavioural therapy (CBT) on the mental health of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: a randomized control trial. Respirology 2015; 20(Suppl 3): 33.

1590. Phongsavan P, Merom D, Wagner R, Chey T, Hofe B, Silove D et al. Process evaluation in an intervention designed to promote physical activity among adults with anxiety disorders: evidence of acceptability and adherence. Health Promot J Austr 2008; 19(2): 137-143.

1591. Pinninti NR, Rissmiller DJ, Steer RA. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Psychiatr Serv 2010; 61(9): 940-943.

1592. Pintor L, Bailles E, Matrai S, Carreno M, Donaire A, Boget T et al. Efficiency of venlafaxine in patients with psychogenic nonepileptic seizures and anxiety and/or depressive disorders. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2010; 22(4): 401-408.

1593. Piper WE, Debbane EG, Bienvenu J-P, Garant J. A study of group pretraining for group psychotherapy. Int J Group Psychother 1982; 32(3): 309-325.

1594. Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie JS, Ogrodniczuk JS. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. Int J Group Psychother 2001; 51(4): 525-552.

1595. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS. Relationships among affect, work, and outcome in group therapy for patients with complicated grief. Am J Psychother 2002; 56(3): 347-361.

1596. Pirente N, Blum C, Wortberg S, Bostanci S, Berger E, Lefering R et al. Quality of life after multiple trauma: the effect of early onset psychotherapy on quality of life in trauma patients. Langenbecks Arch Surg 2007; 392(6): 739-745.

1597. Pishyar R, Harris LM, Menzies RG. Responsiveness of measures of attentional bias to clinical change in social phobia. Cogn Emot 2008; 22(7): 1209-1227.

1598. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry 2006; 67(3): 443-452.

1599. Pitti CT, Villaverde ML, Penate W, Bethencourt JM, De la Fuente J, Gratia R. Agoraphobia treatment: antidepressant monotherapy and combined treatments. Eur Neuropsychopharmacol 2009; 19(Suppl 3): S614-S615.

1600. Plumb Vilardaga JC. Acceptance and commitment therapy for longstanding chronic pain in a community-based outpatient group setting. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2013; 74(5-B(E)).

1601. Polak PR, Kirby MW. A model to replace psychiatric hospitals. J Nerv Ment Dis 1976; 162(1): 13-22.

1602. Polat S, Sener Taplak A. The effect of visual day-dreaming and music therapy on reducing the test anxiety of the university students. Arch Dis Child 2014; 99(Suppl 2): A557.

1603. Polcin DL, Sterling J, Brown T, Brown M, Buscemi R, Korcha R. Client and therapist views about intensive and standard motivational interviewing. J Contemp Psychother 2015; 45(3): 167-176.

1604. Polnay A, James VA, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2014; 44(11): 2241-2254.

1605. Polusny MA, Erbes CR, Thuras P, Moran A, Lamberty GJ, Collins RC et al. Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial. JAMA 2015; 314(5): 456-465.

1606. Pommier JH. Experiential adventure therapy plus family training: Outward Bound School's efficacy with status offenders. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1995; 55(10-A): 3311.

1607. Poppelreuter M, Weis J, Mumm A, Orth HB, Bartsch HH. Rehabilitation of therapy-related cognitive deficits in patients after hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplant 2008; 41(1): 79-90.

1608. Pothirat C, Phetsuk N, Liwsrisakun C, Deesomchok A. Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers. Clin Interv Aging 2015; 10: 725-731.

1609. Poulsen A. Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease: a controlled study with special reference to alexithymia. Psychother Psychosom 1991; 56(1-2): 12-23.

1610. Poulter R, Mayo J, Fung A, Saw J, Wong G, Mancini GBJ et al. The effect of music therapy on heart rate and patient anxiety during cardiac computed tomography. J Cardiovasc Comput Tomogr 2013; 7(3 Suppl): S36.

1611. Powell RR. Psychological effects of exercise therapy upon institutionalized geriatric mental patients. J Gerontol 1974; 29(2): 157-161.

1612. Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Wallace LA. Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. Br J Gen Pract 1990; 40(336): 289-294.

1613. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, Handwerger B, Gilpin AK, Magyari T et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheum 2007; 57(7): 1134-1142.

1614. Prado E, Maes M, Piccoli LG, Baracat M, Barbosa DS, Franco O et al. N-acetylcysteine for therapy-resistant tobacco use disorder: a pilot study. Redox Rep 2015; 20(5): 215-222.

1615. Price CJ, McBride B, Hyerle L, Kivlahan DR. Mindful awareness in body-oriented therapy for female veterans with post-traumatic stress disorder taking prescription analgesics for chronic pain: a feasibility study. Altern Ther Health Med 2007; 13(6): 32-40.

1616. Priebe S, Savill M, Reininghaus U, Wykes T, Bentall R, Lauber C et al. Effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2013; 13: 26.

1617. Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Lauber C, Reininghaus U et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Health Technol Assess 2016; 20(11): vii-xxiii, 1-100.

1618. Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall RP, Reininghaus U, Lauber C et al. Effectiveness of group body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2016; 209(1): 54-61.

1619. Primdahl J, Sorensen J, Horn HC, Petersen R, Horslev-Petersen K. Shared care or nursing consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis outpatients with low disease activity: patient outcomes from a 2-year, randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2014; 73(2): 357-364.

1620. Prinsen H, Heerschap A, Bleijenberg G, Zwarts MJ, Leer JW, Van Asten JJ et al. Magnetic resonance spectroscopic imaging and volumetric measurements of the brain in patients with postcancer fatigue: a randomized controlled trial. PLoS One 2013; 8(9): e74638.

1621. Prisco V, Del Vecchio V, Luciano M, Giacco D, Sampogna G, Del Gaudio L et al. Efficacy of psychoeducational family intervention for depression. Eur Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): P-523.

1622. Puder RS. Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. Psychol Aging 1988; 3(2): 204-207.

1623. Pugatch M, Knight JR, McGuiness P, Sherritt L, Levy S. A group therapy program for opioid-dependent adolescents and their parents. Subst Abus 2014; 35(4): 435-441.

1624. Qiu CQ, Zeng ZX, Li ZC. Influence of family intervention by physician on the social function and quality of life in community schizophrenic patients: a follow-up for half a year [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2005; 9(12): 75-77.

1625. Quattrin T, Roemmich JN, Paluch R, Yu J, Epstein LH, Ecker MA. Efficacy of family-based weight control program for preschool children in primary care. Pediatrics 2012; 130(4): 660-666.

1626. Rahe RH, O'Neil T, Hagan A, Arthur RJ. Brief group therapy following myocardial infarction: eighteen-month follow-up of a controlled trial. Int J Psychiatry Med 1975; 6(3): 349-358.

1627. Rahe RH, Ward HW, Hayes V. Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three- to four-year follow-up of a controlled trial. Psychosom Med 1979; 41(3): 229-242.

1628. Rai MK, Goyal R, Bhutani MK, Kaneria J, Mahendru K, Sharma N. Efficacy and safety profile of combined targeted therapy against EGFR and VEGF in patients with previously treated advanced non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Value Health 2015; 18(7): A430.

1629. Raider MC, Steele W, Delillo-Storey M, Jacobs J, Kuban C. Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. Resid Treat Child Youth 2008; 25(2): 167-185.

1630. Rakitzi S, Georgila P, Efthimiou K, Mueller DR. Efficacy and feasibility of the integrated psychological therapy for outpatients with schizophrenia in Greece: final results of a RCT. Psychiatry Res 2016; 242: 137-143.

1631. Ramezanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Rahimi Forooshani A, Naghizadeh MM. Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. Malays J Med Sci 2011; 18(1): 16-24.

1632. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: a randomised controlled trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38(2): 69-75.

1633. Ran MS, Ye JJ, Ma DB. Effects and changes of brain functional MRI of motor imagery therapy on acute cerebral infarction patients with upper limb paralysis [Chinesisch]. Journal of Clinical Neurology 2013; 26(2): 102-104.

1634. Range BP, Marlatt GA. Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders [Portugiesisch]. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30(Suppl 2): S88-S95.

1635. Ranjbar TK, Hajjartabar M, Kermaniranjbar S. Effect of the native spiritual group therapy on depression in women with breast cancer. Psychooncology 2015; 24(Suppl 2): 282.

1636. Rapee RM, Abbott MJ, Baillie AJ, Gaston JE. Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. Br J Psychiatry 2007; 191(3): 246-252.

1637. Rasmussen KG, Mueller M, Rummans TA, Husain MM, Petrides G, Knapp RG et al. Is baseline medication resistance associated with potential for relapse after successful remission of a depressive episode with ECT? Data from the Consortium for Research on Electroconvulsive Therapy (CORE). J Clin Psychiatry 2009; 70(2): 232-237.

1638. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav 2002; 32(2): 146-157.

1639. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Bialik RJ et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. Am J Psychiatry 1999; 156(10): 1608-1617.

1640. Razali SM, Hasanah CI, Khan UA, Subramaniam M. Psychosocial interventions for schizophrenia. J Ment Health 2000; 9(3): 283-289.

1641. Rea MM, Strachan AM, Goldstein MJ, Falloon I, Hwang S. Changes in patient coping style following individual and family treatment for schizophrenia. Br J Psychiatry 1991; 158(5): 642-647.

1642. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2003; 71(3): 482-492.

1643. Reche CE, Da Silva HA, Cordioli AV. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial [Portugiesisch]. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1): 56-57.

1644. Reddy S, Dick AM, Gerber MR, Mitchell K. The effect of a yoga intervention on alcohol and drug abuse risk in veteran and civilian women with posttraumatic stress disorder. J Altern Complement Med 2014; 20(10): 750-756.

1645. Redmon JB, Reck KP, Raatz SK, Swanson JE, Kwong CA, Ji H et al. Two-year outcome of a combination of weight loss therapies for type 2 diabetes. Diabetes Care 2005; 28(6): 1311-1315.

1646. Reese RJ, Toland MD, Slone NC, Norsworthy LA. Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. Psychotherapy 2010; 47(4): 616-630.

1647. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry 2008; 69(8): 1228-1336.

1648. Reid C, Gill F, Gore N, Brady S. New ways of seeing and being: evaluating an acceptance and mindfulness group for parents of young people with intellectual disabilities who display challenging behaviour. J Intellect Disabil 2016; 20(1): 5-17.

1649. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Martinez-Aran A, Comes M et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008; 10(4): 511-519.

1650. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychother Psychosom 2004; 73(5): 312-319.

1651. Reiss N, Lieb K, Arntz A, Shaw IA, Farrell J. Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. Behav Cogn Psychother 2014; 42(3): 355-367.

1652. Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2013; (10): CD006868.

1653. Renner W, Berry JW. Group interventions were not effective for female Turkish migrants with recurrent depression: recommendations from a randomized controlled study. Soc Behav Pers 2011; 39(9): 1217-1234.

1654. Resick PA, Wachen JS, Mintz J, Young-McCaughan S, Roache JD, Borah AM et al. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. J Consult Clin Psychol 2015; 83(6): 1058-1068.

1655. Reuben JD, Shaw DS, Brennan LM, Dishion TJ, Wilson MN. A family-based intervention for improving children's emotional problems through effects on maternal depressive symptoms. J Consult Clin Psychol 2015; 83(6): 1142-1148.

1656. Revenstorf D, Schindler L, Hahlweg K. Behavioral marital therapy applied in a conjoint and a conjoint-group modality: short- and long-term effectiveness. Behav Ther 1983; 14(5): 614-625.

1657. Reznik Y, Cohen O, Aronson R, Conget I, Runzis S, Castaneda J et al. OpT2mise: a randomised controlled trial to compare insulin pump therapy with multiple daily injections in the treatment of type 2 diabetes. Diabetes Technol Ther 2015; 17(Suppl 1): A32.

1658. Riahi F. The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2012; 60(5): S192.

1659. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Rotella CM, Faravelli C. Zonisamide combined with cognitive behavioral therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study. Psychiatry 2009; 6(11): 23-28.

1660. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder: a randomized, three-year follow-up study. Appetite 2010; 55(3): 656-665.

1661. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2010; 115(3): 609-617.

1662. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(11): 884-895.

1663. Rieger E, Treasure J, Swinbourne J, Adam B, Manns C, Caterson I. The effectiveness of including support people in a cognitive behavioural weight loss maintenance programme for obese adults: study rationale and design. Clin Obes 2014; 4(2): 77-90.

1664. Ritsher JB. Cognitive-behavioral group therapy for schizophrenia. Int J Group Psychother 2006; 56(3): 373-377.

1665. Roback HB. Experimental comparison of outcomes in insight- and non-insight-oriented therapy groups. J Consult Clin Psychol 1972; 38(3): 411-417.

1666. Robb SS, Stegman CE, Wolanin MO. No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. Nurs Res 1986; 35(2): 113-118.

1667. Robertson B, Harding KE. Outcomes with individual versus group physical therapy for treating urinary incontinence and low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Phys Med Rehabil 2014; 95(11): 2187-2198.

1668. Robertson JM, Molloy GJ, Bollina PR, Kelly DM, McNeill SA, Forbat L. Exploring the feasibility and acceptability of couple-based psychosexual support following prostate cancer surgery: study protocol for a pilot randomised controlled trial. Trials 2014; 15: 183.

1669. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small SL et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized control trial. JAMA 2008; 299(20): 2391-2400.

1670. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Solodkin A, Small SL et al. Correction: "Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial" (JAMA 2008; 299(20): 2391-2400). JAMA 2009; 301(10): 1024.

1671. Robinson SK, Viirre ES, Bailey KA, Kindermann S, Minassian AL, Goldin PR et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for tinnitus. Int Tinnitus J 2008; 14(2): 119-126.

1672. Roder V, Mueller D. Cognitive remediation therapy: does it generalize to significant outcome areas? Schizophr Bull 2015; 41(Suppl 1): S188.

1673. Roder V, Muller D. Rehabilitation in the basic cognitive and social cognitive domain. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259(Suppl 1): S24.

1674. Roder V, Müller DR (Ed). INT: integrated neurocognitive therapy for schizophrenia patients. Cham: Springer; 2015.

1675. Roder V, Schmidt SJ, Muller DR. Integrated cognitive therapies: update and perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2011; 261(Suppl 1): S24-S25.

1676. Roepke AM, Jaffee SR, Riffle OM, McGonigal J, Broome R, Maxwell B. Randomized controlled trial of SuperBetter, a smartphone-based/internet-based self-help tool to reduce depressive symptoms. Games Health J 2015; 4(3): 235-246.

1677. Rohan KJ, Evans M, Mahon JN, Sitnikov L, Ho SY, Nillni YI et al. Cognitive-behavioral therapy vs. light therapy for preventing winter depression recurrence: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 82.

1678. Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination in treating seasonal affective disorder. J Affect Disord 2004; 80(2-3): 273-283.

1679. Rohan KJ, Roecklein KA, Lacy TJ, Vacek PM. Winter depression recurrence one year after cognitive-behavioral therapy, light therapy, or combination treatment. Behav Ther 2009; 40(3): 225-238.

1680. Rohan KJ, Roecklein KA, Tierney Lindsey K, Johnson LG, Lippy RD, Lacy TJ et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. J Consult Clin Psychol 2007; 75(3): 489-500.

1681. Rokke PD, Tomhave JA, Jocic Z. Self-management therapy and educational group therapy for depressed elders. Cognit Ther Res 2000; 24(1): 99-119.

1682. Romi S, Kohan E. Wilderness programs: principles, possibilities and opportunities for intervention with dropout adolescents. Child Youth Care Forum 2004; 33(2): 115-136.

1683. Roozen HG, Van Beers SE, Weevers HJ, Breteler MH, Willemsen MC, Postmus PE et al. Effects on smoking cessation: naltrexone combined with a cognitive behavioral treatment based on the community reinforcement approach. Subst Use Misuse 2006; 41(1): 45-60.

1684. Rosen B, Katzoff A, Carrillo C, Klein DF. Clinical effectiveness of "short" vs "long" psychiatric hospitalization; I: inpatient results. Arch Gen Psychiatry 1976; 33(11): 1316-1322.

1685. Rosenbaum S, Nguyen D, Lenehan T, Tiedemann A, Van der Ploeg HP, Sherrington C. Exercise augmentation compared to usual care for post traumatic stress disorder: a randomised controlled trial (the REAP study: Randomised Exercise Augmentation for PTSD). BMC Psychiatry 2011; 11: 115.

1686. Rosenbaum S, Sherrington C, Tiedemann A. Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2015; 131(5): 350-359.

1687. Rosenlicht N. Cognitive-behavioral group therapy for insomnia. Int J Group Psychother 2007; 57(1): 117-121.

1688. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muran JC, Miner CR. Alliance and treatment engagement in substance-abusing patients with schizophrenia. 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 15-.20.05.1999; Washington, USA.

1689. Roshan FJ, Ahmadi S, Eslami S. The effectiveness of group training based on positive-oriented psychotherapy on the resiliency and public health of the wives with addicted husbands. Biomedical and Pharmacology Journal 2015; 8(1): 185-191.

1690. Ross M, Scott M. An evaluation of the effectiveness of individual and group cognitive therapy in the treatment of depressed patients in an inner city health centre. J R Coll Gen Pract 1985; 35(274): 239-242.

1691. Ross RR, Palmer WR. Modification of emotional expressiveness in adolescent offenders. Crime and Justice 1976; 4(2-3): 125-133.

1692. Rotheram-Borus MJ, Rice E, Comulada WS, Best K, Elia C, Peters K et al. Intervention outcomes among HIV-affected families over 18 months. AIDS Behav 2012; 16(5): 1265-1275.

1693. Rotondi AJ, Haas G, Anderson C, Mueser K. Effectiveness of web-based multi-family treatment delivered to the homes of persons with schizophrenia and their supporters. Schizophr Bull 2013; 39(Suppl 1): S350.

1694. Rotondi AJ, Haas GL, Anderson CM, Newhill CE, Spring MB, Ganguli R et al. A clinical trial to test the feasibility of a telehealth psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their families: intervention and 3-month findings. Rehabil Psychol 2005; 50(4): 325-336.

1695. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous-randomized trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91(Suppl 159): 28.

1696. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women: randomised trial. BJOG 2013; 120(1): 75-84.

1697. Rovina N, Nikoloutsou I, Katsani G, Dima E, Fransis K, Roussos C et al. Effectiveness of pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation in actual clinical practice. Ther Adv Respir Dis 2009; 3(6): 279-287.

1698. Rubio G, Lopez-Rodriguez JA, Zuluaga P, Ponce G, Martinez-Gras I, Jimenez-Arriero MA. Clinical and demographic characteristics of binge drinkers associated with lack of efficacy of brief intervention and medical advice. Adicciones 2015; 27(2): 90-98.

1699. Rubio G, Ponce G, Rodriguez-Jimenez R, Jimenez-Arriero MA, Hoenicka J, Palomo T. Clinical predictors of response to naltrexone in alcoholic patients: who benefits most from treatment with naltrexone? Alcohol Alcohol 2005; 40(3): 227-233.

1700. Ruesch M, Helmes AW, Bengel J. Immediate help through group therapy for patients with somatic diseases and depressive or adjustment disorders in outpatient care: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 287.

1701. Rüger U. Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie: ein langfristiges Behandlungsmodell. Berlin: Springer; 1981. (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie; Band 27).

1702. Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, Fioritti A, De Girolamo G, Santonastaso P et al. Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for first-episode psychosis: results from the cluster-randomized controlled GET UP PIANO Trial in a catchment area of 10 million inhabitants. Schizophr Bull 2015; 41(5): 1192-1203.

1703. Ruiz JC, Fuentes I, Roder V, Tomas P, Dasi C, Soler MJ. Effectiveness of the cognitive differentiation program of the integrated psychological therapy: group versus individual treatment. J Nerv Ment Dis 2011; 199(12): 978-982.

1704. Rund BR, Oie M, Borchgrevink TS, Fjell A. Expressed emotion, communication deviance and schizophrenia: an exploratory study of the relationship between two family variables and the course and outcome of a psychoeducational treatment programme. Psychopathology 1995; 28(4): 220-228.

1705. Rungreangkulkij S, Wongtakee W, Thongyot S. Buddhist group therapy for diabetes patients with depressive symptoms. Arch Psychiatr Nurs 2011; 25(3): 195-205.

1706. Rutan JS. Sandor Ferenczi's contributions to psychodynamic group therapy. Int J Group Psychother 2003; 53(3): 375-384.

1707. Ryan M, Nitsun M, Gilbert L, Mason H. A prospective study of the effectiveness of group and individual psychotherapy for women CSA survivors. Psychol Psychother 2005; 78(4): 465-479.

1708. Rye MS. Evaluation of a secular and a religiously-integrated forgiveness group therapy program for college students who have been wronged by a romantic partner. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 59(12-B): 6495.

1709. Ryum T, Hagen R, Nordahl HM, Vogel PA, Stiles TC. Perceived group climate as a predictor of long-term outcome in a randomized controlled trial of cognitive-behavioural group therapy for patients with comorbid psychiatric disorders. Behav Cogn Psychother 2009; 37(5): 497-510.

1710. Sabariego C, Brach M, Herschbach P, Berg P, Stucki G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. Eur J Health Econ 2011; 12(5): 489-497.

1711. Sadath A, Muralidhar D, Varambally S, Justin J, Gangadhar BN. Effectiveness of group intervention for caregivers of persons with first episode psychosis. Eur Psychiatry 2015; 30(Suppl 1): 856.

1712. Sadeghi S, Sohrabi F, Delavar A, Borjaali A, Ghassemi GR. Combined effect of anti depressant and mindfulness based group cognitive therapy (MBCT) on psychological well being of divorced women [Persisch]. Journal of Isfahan Medical School 2010; 28(112).

1713. Sadeghpoor A, Yazdanbakhsh K, Ravshan R, Mahmoodi M. The effectiveness of metacognitive group therapy in the treatment of social anxiety disorder in adolescents. Iran J Psychiatry 2012; 7(4 Suppl 1): 99.

1714. Sadler P, McLaren S, Klein B, Jenkins M, Harvey J. Cognitive behaviour therapy for older adults experiencing insomnia and depression in a community mental health setting: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2015; 16: 538.

1715. Safarinia M, Shahandeh M, Aliakbari-Dehkordi M, Bagherian-Sararoudi R. The effect of psychosocial group-therapy on improvement of migraine attacks and quality of life of patients with migraine [Persisch]. Journal of Isfahan Medical School 2015; 32(319): 2401-2410.

1716. Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? Behav Res Ther 2011; 49(5): 339-345.

1717. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. Behav Ther 2010; 41(1): 106-120.

1718. Safren SA, O'Cleirigh CM, Bullis JR, Otto MW, Stein MD, Pollack MH. Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2012; 80(3): 404-415.

1719. Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients (with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy) [Farsi]. Advances in Cognitive Science 2010; 12(2): 59-68.

1720. Salmela-Aro K, Naatanen P, Nurmi JE. The role of work-related personal projects during two burnout interventions: a longitudinal study. Work Stress 2004; 18(3): 208-230.

1721. Saloheimo HP, Markowitz J, Saloheimo TH, Laitinen JJ, Sundell J, Huttunen MO et al. Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. BMC Psychiatry 2016; 16(1): 131.

1722. Salomonsson MW, Sorjonen K, Salomonsson B. A long-term follow-up study of a randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment: outcomes on mothers and interactions. Infant Ment Health J 2015; 36(6): 542-555.

1723. Salvador M, Martinez D. Music therapy group in a day center for people with severe mental illness [Spanisch]. Rehabilitacion Psicosocial 2013; 10(1): 30-34.

1724. Salz M, Kessling U. Zur Wirkung auditiven Feedbacks auf das Erleben des Sprechverhaltens während einer dynamischen Gruppenpsychotherapie. Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz) 1989; 41(3): 144-150.

1725. Sampat S, Kirschenbaum DS, Gierut KJ, Germann JN, Krawczyk R. Ya gotta have friends: social support and self-efficacy predict success following immersion treatment. Obesity 2014; 22(12): 2579-2585.

1726. Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, De Rosa C, Malangone C, Fiorillo A et al. Efficacy of psychoeducational family intervention in bipolar I disorder: results from a multicenter, randomized, controlled trial. Eur Psychiatry 2015; 30(Suppl 1): 554.

1727. Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, Rylander G, Herlofson J, Nygren A et al. Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. Int J Group Psychother 2011; 61(4): 539-555.

1728. Sanders MR. Enhancing the impact of behavioural family intervention with children: emerging perspectives. Behav Change 1992; 9(3): 115-119.

1729. Sanders MR, Markie-Dadds C. Toward a technology of prevention of disruptive behaviour disorders: the role of behavioural family intervention. Behav Change 1992; 9(3): 186-200.

1730. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. Behav Ther 2000; 31(1): 89-112.

1731. Sanders MR, Pidgeon AM, Gravestock F, Connors MD, Brown S, Young RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? Behav Ther 2004; 35(3): 513-535.

1732. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone therapy for patients with breast cancer. Oncol Nurs Forum 2000; 27(4): 683-688.

1733. Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E et al. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(4): 386-495.

1734. Sang WH, Zhang DR, Tian GQ, Yu XZ, Liu JC, Yang LH et al. A comparative study of cognitive-behavior therapy and paroxetine for minor depression [Chinesisch]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine 2007; 7(10): 711-714.

1735. Sarasso E, Agosta F, Canu E, Volonte M, Gemma M, Meani A et al. Brain structural and functional changes after action observation therapy in PD patients with freezing of gait. Neurodegener Dis 2015; 15(Suppl 1): 1342.

1736. Saules KK, Schuh LM, Arfken CL, Reed K, Kilbey MM, Schuster CR. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in smoking cessation treatment including nicotine patch and cognitive-behavioral group therapy. Am J Addict 2004; 13(5): 438-446.

1737. Sautter FJ, Glynn SM, Cretu JB, Senturk D, Vaught AS. Efficacy of structured approach therapy in reducing PTSD in returning veterans: a randomized clinical trial. Psychol Serv 2015; 12(3): 199-212.

1738. Savarimuthu SM, Jay M. Can a cognitive therapy group intervention improve glycemia in patients with poorly controlled diabetes? J Clin Outcomes Manag 2012; 19(2): 56-59.

1739. Scala D, D'Avino M, Caruso G, Lisi RP, Caruso D. Group therapy for better treatment adherence in hypertensive patients. Int J Clin Pharm 2013; 35(5): 908.

1740. Scala D, Martini M, Buonomo G, Simone C, Montefusco A, Colucciello G et al. Group therapy for better treatment adherence in hypertensive patients. Italian Journal of Medicine 2012; 6(1): 123-124.

1741. Schaub M, Sullivan R, Stark L. Snow Control : an RCT protocol for a web-based self-help therapy to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users. BMC Psychiatry 2011; 11: 153.

1742. Scher J, Leavitt A, Rothman R, Kaplan J, Weinstein J, Weisfeld G. Professionally directed existential group therapy in methadone maintenance rehabilitation. Proc Natl Conf Methadone Treat 1973; 2: 1191-1202.

1743. Schiemann U, Gross M, Reuter R, Kellner H. Improved procedure of colonoscopy under accompanying music therapy. Eur J Med Res 2002; 7(3): 131-134.

1744. Schienle A, Schafer A, Hermann A, Rohrmann S, Vaitl D. Symptom provocation and reduction in patients suffering from spider phobia: an fMRI study on exposure therapy. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257(8): 486-493.

1745. Schindler L, Hahlweg K, Revenstorf D. Short- and long-term effectiveness of two communication training modalities with distressed couples. Am J Fam Ther 1983; 11(3): 54-64.

1746. Schlosser DA, Miklowitz DJ, O'Brien MP, De Silva SD, Zinberg JL, Cannon TD. A randomized trial of family focused treatment for adolescents and young adults at risk for psychosis: study rationale, design and methods. Early Interv Psychiatry 2012; 6(3): 283-291.

1747. Schmid GB, Wanderer S. Phantasy therapy: statistical evaluation of a new approach to group psychotherapy for stationary and ambulatory psychotic patients. Forsch Komplementarmed 2007; 14(4): 216-223.

1748. Schmidt A, Lins U, Wetscher I, Welzl-Muller K, Weichbold V. Counselling vs. Gruppentherapie bei chronischem Tinnitus. HNO 2004; 52(3): 242-247.

1749. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2012; 201(5): 392-399.

1750. Schmitter-Edgecombe M, Dyck DG. Cognitive rehabilitation multi-family group intervention for individuals with mild cognitive impairment and their care-partners. J Int Neuropsychol Soc 2014; 20(9): 897-908.

1751. Schmitter-Edgecombe M, Fahy JF, Whelan JP, Long CJ. Memory remediation after severe closed head injury: notebook training versus supportive therapy. J Consult Clin Psychol 1995; 63(3): 484-489.

1752. Schneider BC, Brune M, Bohn F, Veckenstedt R, Kolbeck K, Krieger E et al. Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2016; 16: 51.

1753. Schneider JK, Cook JH, Luke DA. Unexpected effects of cognitive-behavioural therapy on self-reported exercise behaviour and functional outcomes in older adults. Age Ageing 2011; 40(2): 163-168.

1754. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. JAMA 2007; 297(8): 820-830.

1755. Schofield LJ Jr, Hedlund C, Worland J. Operant approaches to group therapy and effects on sociometric status. Psychol Rep 1974; 35(1): 83-90.

1756. Scholz U, Knoll N, Sniehotta FF, Schwarzer R. Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: long-term effects of a self-management intervention. Soc Sci Med 2006; 62(12): 3109-3120.

1757. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects ofdose reduction and family treatment. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(5): 453-463.

1758. Schoultz M, Atherton IM, Hubbard G, Watson AJ. The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for inflammatory bowel disease patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation. Trials 2013; 14: 431.

1759. Schover LR, Canada AL, Yuan Y, Sui D, Neese L, Jenkins R et al. A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. Cancer 2012; 118(2): 500-509.

1760. Schramm E, Schneider D, Zobel I, Van Calker D, Dykierek P, Kech S et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. J Affect Disord 2008; 109(1-2): 65-73.

1761. Schramm E, Van Calker D, Dykierek P, Lieb K, Kech S, Zobel I et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. Am J Psychiatry 2007; 164(5): 768-777.

1762. Schramm PJ, Zobel I, Mönch K, Schramm E, Michalak J. Sleep quality changes in chronically depressed patients treated with mindfulness-based cognitive therapy or the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a pilot study. Sleep Med 2016; 17: 57-63.

1763. Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S et al. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. Epidemiol Psychiatr Sci 20.02.2015 [Epub ahead of print].

1764. Schrank B, Riches S, Coggins T, Rashid T, Tylee A, Slade M. WELLFOCUS PPT: modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. Trials 2014; 15: 203.

1765. Schulte MB, Cormane RH, Van Dijk E, Wuite J. Group therapy of psoriasis: duo formula group treatment (DFGT) as an example. J Am Acad Dermatol 1985; 12(1 Pt 1): 61-66.

1766. Schultz CL. The effect of cognitive group therapy in the treatment of depression among residents of senior communities. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1996; 56(9-B): 5183.

1767. Schultze H, Bischoff C, Von Pein A, Limbacher K. Konzeption und Evaluation einer sozialmedizinischen Patientenschulung fur chronische Schmerzpatienten mit laufendem Rentenverfahren. Rehabilitation (Stuttg) 2008; 47(4): 211-218.

1768. Schumm JA, O'Farrell TJ, Kahler CW, Murphy MM, Muchowski P. A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. J Consult Clin Psychol 2014; 82(6): 993-1004.

1769. Schwantes M, McKinney C, Hannibal N. Music therapy's effects on levels of depression, anxiety, and social isolation in Mexican farmworkers living in the United States: a randomized controlled trial. Arts in Psychotherapy 2014; 41(1): 120-126.

1770. Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression: cost-effectiveness study. Br J Psychiatry 2003; 182(3): 221-227.

1771. Scott MJ, Stradling SG. Accelerated publication: group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. Behavioural Psychotherapy 1990; 18(1): 1-19.

1772. Segal B, Hunter T, Danys I, Freedman C, Black M. Minimizing synkinesis during rehabilitation of the paralyzed face: preliminary assessment of a new small-movement therapy. J Otolaryngol 1995; 24(3): 149-153.

1773. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 2010; 67(12): 1256-1264.

1774. Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(7): 749-755.

1775. Seiffge-Krenke I, Nitzko S. Wie wirksam sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien bei Jugendlichen? Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2011; 39(4): 253-264.

1776. Seki E, Watanabe Y, Sunayama S, Iwama Y, Shimada K, Kawakami K et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on health-related quality of life in elderly patients with coronary artery disease: Juntendo Cardiac Rehabilitation Program (J-CARP). Circ J 2003; 67(1): 73-77.

1777. Selders M, Visser R, Van Rooij W, Delfstra G, Koelen JA. The development of a brief group intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) for patients with medically unexplained somatic symptoms: a pilot study. Psychoanal Psychother 2015; 29(2): 182-198.

1778. Sellwood W, Barrowclough C, Tarrier N, Quinn J, Mainwaring J, Lewis S. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. Acta Psychiatr Scand 2001; 104(5): 346-355.

1779. Sellwood W, Wittkowski A, Tarrier N, Barrowclough C. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. Acta Psychiatr Scand 2007; 116(6): 447-452.

1780. Senturk V, Arslan E, Cevik A. Evaluation of therapeutic factors with Q sort method in group therapy period in inpatients [Türkisch]. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2006; 26(3): 232-239.

1781. Sepehrirad M, Toozandehjani H. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy training and nutritional strategies based on traditional medicine on premenstrual syndrome [Persisch]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2016; 18(177): 11-19.

1782. Serber ER, Fava JL, Christon LM, Buxton AE, Goldberger JJ, Gold MR et al. Positive psychotherapy to improve autonomic function and mood in ICD Patients (PAM-ICD): rationale and design of an RCT currently underway. Pacing Clin Electrophysiol 2016; 39(5): 458-470.

1783. Serfaty MA, Haworth D, Blanchard M, Buszewicz M, Murad S, King M. Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2009; 66(12): 1332-1340.

1784. Serok S, Bar R. Looking at Gestalt group impact: an experiment. Small Group Behavior 1984; 15(2): 270-277.

1785. Serok S, Rabin C, Spitz Y. Intensive Gestalt group therapy with schizophrenics. Int J Group Psychother 1984; 34(3): 431-450.

1786. Serok S, Zemet RM. An experiment of Gestalt group therapy with hospitalized schizophrenics. Psychotherapy (Chic) 1983; 20(4): 417-424.

1787. Sertoz OO, Mete HE. Efficacy of cognitive behavioral group therapy on weight loss, quality of life and psychopathology in the treatment of obesity: eight week follow-up study [Türkisch]. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2005; 15(3): 119-126.

1788. Sevier M, Atkins DC, Doss BD, Christensen A. Up and down or down and up? The process of change in constructive couple behavior during traditional and integrative behavioral couple therapy. J Marital Fam Ther 2015; 41(1): 113-127.

1789. Seydel C, Haupt H, Szczepek AJ, Klapp BF, Mazurek B. Long-term improvement in tinnitus after modified tinnitus retraining therapy enhanced by a variety of psychological approaches. Audiol Neurootol 2010; 15(2): 69-80.

1790. Shadish WR, Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Consult Clin Psychol 2005; 73(1): 6-14.

1791. Shaffer HJ, LaSalvia TA, Stein JP. Comparing Hatha yoga with dynamic group psychotherapy for enhancing methadone maintenance treatment: a randomized clinical trial. Altern Ther Health Med 1997; 3(4): 57-66.

1792. Shafiee Z, Abadi BAGH, Mashhadi A. The examination of effectiveness of group therapy of transactional analysis to reduce conflict between parents and adolescents. Iran J Psychiatry 2012; 7(4 Suppl 1): 137.

1793. Shafiei Amiri M, Ahmadi Gatab T, Babakhani N. The efficacy of cognitive-behavior group therapy and social skill trainings on reduction of negative symptoms of schizophrenic patients. Eur Psychiatry 2011; 26(Suppl 1): 1327.

1794. Shah A, Scogin F, Presnell A, Morthland M, Kaufman A. Social Workers as research psychotherapists in an investigation of cognitive-behavioral therapy among rural older adults. Soc Work Res 2013; 37(2): 137-145.

1795. Shahidi M, Mojtahed A, Modabbernia A, Mojtahed M, Shafiabady A, Delavar A et al. Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(3): 322-327.

1796. Shahrestani M, Qanbari BA, Nemati SH, Rahbardar H. The effectiveness of mindfulness based cognitive group therapy (MBCT) on improving perceived infertility-related stress and irrational parenthood cognitions among infertile women undergoing IVF treatment [Persisch]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2012; 15(19): 28-38.

1797. Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ et al. Relapse prevention in major depressive disorder: mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. J Consult Clin Psychol 2015; 83(5): 964-975.

1798. Shao C, Wu X, Wang Z, Bai Y, Shi S, Wu Y. The effect of cognitive and behavioral therapy on depression among patients with traumatic brain injury. Int J Neuropsychopharmacol 2014; 17(Suppl 1): 118-119.

1799. Shapiro J, Sank LI, Shaffer CS, Donovan DC. Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. J Clin Psychol 1982; 38(3): 674-677.

1800. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Moodie E, Anstee JA et al. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10(4): 219-242.

1801. Sharpe L, Ryan B, Allard S, Sensky T. Testing for the integrity of blinding in clinical trials: how valid are forced choice paradigms? Psychother Psychosom 2003; 72(3): 128-131.

1802. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin CR, Allard S. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. Pain 2001; 89(2-3): 275-283.

1803. Shaw DS, Connell A, Dishion TJ, Wilson MN, Gardner F. Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. Dev Psychopathol 2009; 21(2): 417-439.

1804. Shaw L, Rodgers H, Price C, Van Wijck F, Shackley P, Steen N et al. BoTULS: a multicentre randomised controlled trial to evaluate the clinical effectiveness and cost-effectiveness of treating upper limb spasticity due to stroke with botulinum toxin type A. Health Technol Assess 2010; 14(26): iii-iv, 1-113.

1805. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF et al. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(10): 782-787.

1806. Shealy RC. The effectiveness of various treatment techniques on different degrees and durations of sleep-onsetinsomnia. Behav Res Ther 1979; 17(6): 541-546.

1807. Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry 1980; 37(1): 51-59.

1808. Shi J, Tao JQ, Zheng Q, Liang J, Kang H. Economic evaluation of family therapy in improving social function and quality of life in patients with schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(34): 18-21.

1809. Shigaki CL, Smarr KL, Siva C, Ge B, Musser D, Johnson R. RAHelp: an online intervention for individuals with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2013; 65(10): 1573-1581.

1810. Shiina A, Nakazato M, Mitsumori M, Koizumi H, Shimizu E, Fujisaki M et al. An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. Psychiatry Clin Neurosci 2005; 59(6): 690-696.

1811. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2011; 198(5): 385-390.

1812. Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y, Shimazu K, Nishida A, Inoue S. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2012; 12: 40.

1813. Shimodera S, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. Psychiatry Res 2000; 96(2): 141-148.

1814. Shnaider P, Pukay-Martin ND, Fredman SJ, Macdonald A, Monson CM. Effects of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD on partners' psychological functioning. J Trauma Stress 2014; 27(2): 129-136.

1815. Shuttleworth-Jordan AB, Saayman GS. Differential effects of alternative strategies on psychotherapeutic process in group dream work. Psychotherapy (Chic) 1989; 26(4): 514-519.

1816. Siemens H. A Gestalt approach in the care of persons with HIV. Gestalt Journal 1993; 16(1): 91-104.

1817. Sigrunarson V, Grawe RW, Morken G. Integrated treatment vs. treatment-as-usual for recent onset schizophrenia: 12 year follow-up on a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2013; 13: 200.

1818. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IV, De Vries MH, Gersons BP. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2007; 164(1): 82-90.

1819. Silverman MJ. The effect of single-session psychoeducational music therapy on verbalizations and perceptions in psychiatric patients. J Music Ther 2009; 46(2): 105-131.

1820. Silverman MJ. Effects of a single-session assertiveness music therapy role playing protocol for psychiatric inpatients. J Music Ther 2011; 48(3): 370-394.

1821. Silverman MJ. The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: a randomized clinical effectiveness study. J Music Ther 2011; 48(1): 103-122.

1822. Silvestri R. Implosive therapy treatment of emotionally disturbed retardates. J Consult Clin Psychol 1977; 45(1): 14-22.

1823. Simavli S, Gumus I, Kaygusuz I, Yildirim M, Usluogullari B, Kafali H. Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. Gynecol Obstet Invest 2014; 78(4): 244-250.

1824. Simberg S, Sala E, Tuomainen J, Sellman J, Ronnemaa AM. The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. J Voice 2006; 20(1): 97-109.

1825. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Rutter C, Manning WG, Von Korff M et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(1): 65-72.

1826. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Richards JA, Saleem R, George EL. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. J Abnorm Psychol 1999; 108(4): 588-597.

1827. Simpson JS, Carlson LE, Trew ME. Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. Cancer Pract 2001; 9(1): 19-26.

1828. Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. Health Technol Assess 2000; 4(36): 1-83.

1829. Singer GH, Irvin LK, Irvine B, Hawkins N, Cooley E. Evaluation of community-based support services for families of persons with developmental disabilities. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps 1989; 14(4): 312-323.

1830. Sirey JA, Halkett A, Chambers S, Salamone A, Bruce ML, Raue PJ et al. PROTECT: a pilot program to integrate mental health treatment into elder abuse services for older women. J Elder Abuse Negl 2015; 27(4-5): 438-453.

1831. Skibitsky VV, Skibitsky AV, Fendrikova AV. Influence of combination antihypertension therapy on the parameters of vessel wall rigidity in non-controlled arterial hypertension patients with depression [Russisch]. Russian Journal of Cardiology 2016; 132(4): 76-82.

1832. Sleptsova M, Woessmer B, Grossman P, Langewitz W. Culturally sensitive group therapy for Turkish patients suffering from chronic pain: a randomised controlled intervention trial. Swiss Med Wkly 2013; 143: w13875.

1833. Slipp S, Kressel K. Difficulties in family therapy evaluation; I: a comparison of insight vs. problem-solving approaches; II: design critique and recommendations. Fam Process 1978; 17(4): 409-422.

1834. Sliwka A, Nowobilski R, Polczyk R, Nizankowska-Mogilnicka E, Szczeklik A. Mild asthmatics benefit from music therapy. J Asthma 2012; 49(4): 401-408.

1835. Sloane BR, Cristol AH, Pepernik MC, Staples FR. Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy. J Nerv Ment Dis 1970; 150(1): 18-26.

1836. Slone NC. Evaluating the efficacy of client feedback in group psychotherapy. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2015; 76(1-B(E)).

1837. Smeerdijk M, Keet R, De Haan L, Barrowclough C, Linszen D, Schippers G. Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. J Subst Abuse Treat 2014; 46(3): 340-345.

1838. Smith JD, Montano Z, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Preventing weight gain and obesity: indirect effects of the family check-up in early childhood. Prev Sci 2015; 16(3): 408-419.

1839. Smith RR, Jenkins W, Petko CM, Warner RW. An experimental application and evaluation of Rational Behavior Therapy in a work release setting. J Couns Psychol 1979; 26(6): 519-525.

1840. Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. Am J Psychiatry 1999; 156(11): 1817-1818.

1841. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. JAMA 1999; 281(14): 1304-1309.

1842. Snyder DK. Analyzing nonindependent outcomes in couple therapy using the actor-partner interdependence model. J Fam Psychol 2005; 19(1): 133-141.

1843. Snyder DK, Wills RM. Behavioral versus insight-oriented marital therapy: effects on individual and interspousal functioning. J Consult Clin Psychol 1989; 57(1): 39-46.

1844. Snyder DK, Wills RM, Grady-Fletcher A. Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: a 4-year follow-up study. J Consult Clin Psychol 1991; 59(1): 138-141.

1845. Snyder KV. Anger management for adolescents: efficacy of a short-term cognitive-behavioral intervention. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1999; 60(3-B): 1316.

1846. Snyder KV, Kymissis P, Kessler K. Anger management for adolescents: efficacy of brief group therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(11): 1409-1416.

1847. So HW, Chen EYH, Chan RCK, Wong CW, Hung SF, Chung DWS et al. Efficacy of a brief intervention for carers of people with first-episode psychosis: a waiting list controlled study. Hong Kong Journal of Psychiatry 2006; 16(3): 92-100.

1848. Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. Psychol Addict Behav 2009; 23(4): 672-683.

1849. Söderberg S, Evengard B. Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. Psychother Psychosom 2001; 70(2): 108-111.

1850. Soellner R, Reder M, Machmer A, Holle R, Wilz G. The Tele.TAnDem intervention: study protocol for a psychotherapeutic intervention for family caregivers of people with dementia. BMC Nurs 2015; 14: 11.

1851. Soiferman SJ. Psychotherapy with treatment-resistant, medicated, chronically mentally ill clients in a community mental health center [Dissertation]. Cincinnati: Union Institute Graduate School; 1995.

1852. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, Mitchell K, Abikoff H, Alvir JM et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. Am J Psychiatry 2010; 167(8): 958-968.

1853. Solati Dehkordi K. The efficacy of metacognitive-behavior group therapy and family education with pharmacotherapy on decreasing depression and mania symptoms and preventing the recurrence in patients with bipolar disorder. Acta Clin Croat 2014; 53(Suppl 1): 97.

1854. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. Int J Fertil Steril 2015; 9(3): 393-402.

1855. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther 2009; 47(5): 353-358.

1856. Sones HM. An educational group therapy program for female partners of veterans diagnosed with PTSD. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2015; 75(12-B(E)).

1857. Sones HM, Madsen J, Jakupcak M, Thorp SR. Evaluation of an educational group therapy program for female partners of veterans diagnosed with PTSD: a pilot study. Couple Family Psychol 2015; 4(3): 150-160.

1858. Soravia LM, Heinrichs M, Winzeler L, Fisler M, Schmitt W, Horn H et al. Glucocorticoids enhance in vivo exposure-based therapy of spider phobia. Depress Anxiety 2014; 31(5): 429-435.

1859. Sorensen G, Hunt MK, Cohen N, Stoddard A, Stein E, Phillips J et al. Worksite and family education for dietary change: the Treatwell 5-a-Day program. Health Educ Res 1998; 13(4): 577-591.

1860. Sorensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. Psychol Med 2011; 41(2): 431-441.

1861. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67(7): 1133-1139.

1862. Sparks JA. The Norway Couple Project: lessons learned. J Marital Fam Ther 2015; 41(4): 481-494.

1863. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL et al. The actonheart study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on acceptance and commitment therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. Health Qual Life Outcomes 2014; 12: 22.

1864. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophr Bull 1999; 25(4): 657-676.

1865. Spears WH. Testing counselor trainees' self-efficacy for identifying behavioral indicators of the working alliance in family therapy: can self-efficacy be induced through feedback? Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2015; 75(12-B(E)).

1866. Spence SH. Cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs: a 2 yr follow-up. Behav Res Ther 1991; 29(5): 503-509.

1867. Spence SH, O'Shea G, Donovan CL. Improvements in interpersonal functioning following interpersonal psychotherapy (IPT) with adolescents and their association with change in depression. Behav Cogn Psychother 21.08.2015 [Epub ahead of print].

1868. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosom Med 1983; 45(4): 333-339.

1869. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989; 2(8668): 888-891.

1870. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S et al. Effects of supportive-expressive group therapy on metastatic breast cancer survival: a randomized prospective replication trial. Am J Hematol Oncol 2008; 7(1): 28-34.

1871. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. Cancer 2007; 110(5): 1130-1138.

1872. Spiegel D, Cordova M. Supportive-expressive group therapy and life extension of breast cancer patients: Spiegel et al. (1989). Adv Mind Body Med 2001; 17(1): 38-41.

1873. Spinelli MG, Endicott J, Goetz RR. Disagreement between therapist raters and independent evaluators in a controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women. J Psychiatr Pract 2015; 21(2): 114-123.

1874. Spittler-Schneiders H, Fikentscher E, Konzag TA. Trauma oder Lebensgeschichte? Kombination von Traumaexposition und tiefenpsychologischer Gruppentherapie. Psychotherapeut 2004; 49(1): 51-53.

1875. Springer SA, Chen S, Altice F. Depression and symptomatic response among HIV-infected drug users enrolled in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. AIDS Care 2009; 21(8): 976-983.

1876. Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, Silk KR. A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. J Psychother Pract Res 1996; 5(1): 57-71.

1877. St. George SM, Huang S, Vidot DC, Smith JD, Brown CH, Prado G. Factors associated with the implementation of the Familias Unidas intervention in a type 3 translational trial. Transl Behav Med 2016; 6(1): 105-114.

1878. Stahl SM, Gergel I, Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2003; 64(11): 1322-1327.

1879. Stalker CA, Fry R. A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. Can J Psychiatry 1999; 44(2): 168-174.

1880. Stasiw JR. The effects of intensive, short term transactional analysis training and group therapy on affective states and locus of control with adult male offenders. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1978; 38(8-A): 4592.

1881. Staton M. Rational-emotive therapy: transactional analysis; similarities and differences of two approaches to group therapy. Ky Nurse 1986; 34(6): 9-16.

1882. Steen JH. Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population (C. Richard Snyder). Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2004; 65(6-A): 2103.

1883. Stein MD, Charuvastra A, Maksad J, Anderson BJ. A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). Addiction 2002; 97(6): 691-700.

1884. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness andvalue of information analyses. Health Technol Assess 2010; 14(44): iii-iv, 1-107.

1885. Stice E, Rohde P, Butryn M, Menke KS, Marti CN. Randomized controlled pilot trial of a novel dissonance-based group treatment for eating disorders. Behav Res Ther 2015; 65: 67-75.

1886. Stipancic M, Renner W, Schutz P, Dond R. Effects of neuro-linguistic psychotherapy on psychological difficulties and perceived quality of life. Counselling and Psychotherapy Research 2010; 10(1): 39-49.

1887. Straub J, Plener P, Sproeber N, Sprenger L, Koelch M, Groen G et al. Neural correlates of successful psychotherapy of depression in adolescents. J Affect Disord 2015; 183: 239-246.

1888. Straube B, Lueken U, Jansen A, Konrad C, Gloster AT, Gerlach AL et al. Neural correlates of procedural variants in cognitive-behavioral therapy: a randomized, controlled multicenter FMRI study. Psychother Psychosom 2014; 83(4): 222-233.

1889. Straube T, Glauer M, Dilger S, Mentzel HJ, Miltner WH. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. Neuroimage 2006; 29(1): 125-135.

1890. Strauss GD, Spiegel JS, Daniels M, Spiegel T, Landsverk J, Roy-Byrne P et al. Group therapies for rheumatoid arthritis: a controlled study of two approaches. Arthritis Rheum 1986; 29(10): 1203-1209.

1891. Ström M, Uckelstam CJ, Andersson G, Hassmen P, Umefjord G, Carlbring P. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. PeerJ 2013; 1: e178.

1892. Su TW, Wu LL, Lin CP. The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy: a longitudinal, single-blind, randomized control study. Int J Geriatr Psychiatry 2012; 27(2): 187-196.

1893. Su Y, Hu PC. The influence of flotation therapy on the immune function of university students [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(21): 2922-2923.

1894. Subak LL, Quesenberry CP, Posner SF, Cattolica E, Soghikian K. The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2002; 100(1): 72-78.

1895. Sugarman, Wigderson S, Connery H, Bailey G, Fitzmaurice G, Greenfield SF. Ancillary treatment use in the stage II community-based women's recovery group therapy trial. Drug Alcohol Depend 2015; 146: e111.

1896. Sugarman DE, Iles B, Greenfield SF. Comorbidity and functioning of substance-dependent women with sexual abuse history in the stage II women's recovery group therapy trial. Drug Alcohol Depend 2015; 156: e215-e216.

1897. Sugarman DE, Wigderson S, Iles B, Fitzmaurice G, Greenfield SF. Group process in single-gender compared with mixed gender therapy for alcohol and substance use disorders. Alcohol Clin Exp Res 2015; 39(Suppl 1): 142A.

1898. Sun HF, Ni CM. Rehabilitative treatment of aphasia: study and application [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(22): 125-127.

1899. Sun JL, Zheng YJ, Zhu ZX. The therapeutic efficacy of behavior modification techniques to the heroin addicts [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2002; 6(13): 1988.

1900. Sundquist J, Lilja A, Palmer K, Memon AA, Wang X, Johansson LM et al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2015; 206(2): 128-135.

1901. Supiano KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy. Gerontologist 2014; 54(5): 840-856.

1902. Surilena, Ismail RI, Irwanto, Djoerban Z, Utomo B, Sabarinah et al. The effect of rational emotive behavior therapy (REBT) on antiretroviral therapeutic adherence and mental health in women infected with HIV/AIDS. Acta Med Indones 2014; 46(4): 283-291.

1903. Suszek H, Holas P, Wyrzykowski T, Lorentzen S, Kokoszka A. Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 319.

1904. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. Am J Psychiatry 2004; 161(5): 810-817.

1905. Svensk AC, Oster I, Thyme KE, Magnusson E, Sjodin M, Eisemann M et al. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. Eur J Cancer Care (Engl) 2009; 18(1): 69-77.

1906. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2013; 14: 140.

1907. Swart J, Apsche J. Family mode deactivation therapy (FMDT): a randomized controlled trial for adolescents with complex issues. Int J Behav Consult Ther 2014; 9(1): 14-22.

1908. Sylvia L, Salcedo S, Peters AT, Magalhaes PVS, Frank E, Miklowitz DJ et al. Sleep disturbance moderates psychotherapy outcomes in patients with bipolar disorder: a STEP-BD report. Bipolar Disord 2013; 15(Suppl 1): 147.

1909. Szabo J, Toth S, Pakai AK. Narrative group therapy for alcohol dependent patients. Int J Ment Health Addict 2014; 12(4): 470-476.

1910. Szmukler G, Kuipers E, Joyce J, Harris T, Leese M, Maphosa W et al. An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38(8): 411-418.

1911. Szumanski J, Gajowy M, Holas P, Kolakowski A, Popiel A, Kokoszka A. A comparison of effectiveness of analysis of the automatic thoughts in individual and group settings: preliminary report [Spanisch]. Revista Argentina de Clinica Psicologica 2002; 11(1): 79-82.

1912. Taavoni S, Darsareh F, Joolaee S, Haghani H. The effect of aromatherapy massage on the psychological symptoms of postmenopausal Iranian women. Complement Ther Med 2013; 21(3): 158-163.

1913. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. Womens Health 2010; 6(3): 377-381.

1914. Taheri Z, Hasanzadeh R, Ghanbarpour F, Taheri M. The effect of integrated group training and couple therapy on sexual self-concept and stress of parents-child before pregnancy till lactation. Iran J Psychiatry 2012; 7(4 Suppl 1): 163.

1915. Taheri Z, Hassanzadeh R, Ghanbarpour F, Taheri M. The effect of integrated couple therapy and group therapy with cognitive-behavioral approach on increasing sexual self-concept and accelerating fertility. Int J Fertil Steril 2012; 6(Suppl 1): 147.

1916. Taheri Z, Zeinalzadeh M, Ghanbarpour F, Taheri M. Effect of group therapy and couple therapy with CBT approach in reducing pre-pregnancy trauma to lactation in parents. Int J Fertil Steril 2013; 7(Suppl 1): 158.

1917. Taheri Z, Zeinalzadeh M, Ghanbarpour F, Taheri M. Effect of psychotherapy with acceptance and commitment therapy approach on reduction of infertility stress and increase of infertile couples' intimacy. Int J Fertil Steril 2013; 7(Suppl 1): 157-158.

1918. Tait RJ, McKetin R, Kay-Lambkin F, Carron-Arthur B, Bennett A, Bennett K et al. A web-based intervention for users of amphetamine-type stimulants: 3-month outcomes of a randomized controlled trial. JMIR Ment Health 2014; 1(1): e1.

1919. Takahashi T, Matsushita H. Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. J Music Ther 2006; 43(4): 317-333.

1920. Takai A, Szukaj M, Yoshimura T, Uematsu M, Ueki H. Kognitive Therapie zur Rezidivprophylaxe schizophrener Patienten in Japan: Erfahrungen und Ergebnisse einer zweijährigen katamnestischen Studie. Krankenhauspsychiatrie 1999; 10(1): 7-10.

1921. Talbot NL, Houghtalen RP, Duberstein PR, Cox C, Giles DE, Wynne LC. Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. Psychiatr Serv 1999; 50(5): 686-692.

1922. Taleban R, Zamani A, Moafi M, Jiryaee N, Khadivi R. Applications of text messaging, and bibliotherapy for treatment of patients affected by depressive symptoms. Int J Prev Med 2016; 7: 46.

1923. Talo S, Forssell H, Heikkonen S, Puukka P. Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. Int J Rehabil Res 2001; 24(1): 25-33.

1924. Tam BKH, Hayes M, Abrahams D. Completed audit of patients receiving individual psychodynamic psychotherapy and group therapy in a london psychodynamic psychotherapy service. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 1191.

1925. Tamagawa R, Li Y, Gravity T, Piemme KA, DiMiceli S, Collie K et al. Deconstructing therapeutic mechanisms in cancer support groups: do we express more emotion when we tell stories or talk directly to each other? J Behav Med 2015; 38(1): 171-182.

1926. Tan B, Xiang EP, He YF. Effect of community prevention and treatment in patients with schizophrenia and their family economic burden [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2005; 9(28): 24-26.

1927. Tang V, Poon WS, Kwan P. Mindfulness-based therapy for drug-resistant epilepsy: an assessor-blinded randomized trial. Neurology 2015; 85(13): 1100-1107.

1928. Tantillo M, Sanftner J. The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. Eat Behav 2003; 3(4): 349-364.

1929. Tapp A, Wood A, Sylvers P, Kilzieh N, Saxon A. Quetiapine for the treatment of cocaine dependence. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 2733.

1930. Tapp A, Wood AE, Kennedy A, Sylvers P, Kilzieh N, Saxon AJ. Quetiapine for the treatment of cocaine use disorder. Drug Alcohol Depend 2015; 149: 18-24.

1931. Targ EF, Karasic DH, Diefenbach PN, Anderson DA, Bystritsky A, Fawzy FI. Structured group therapy and fluoxetine to treat depression in HIV-positive persons. Psychosomatics 1994; 35(2): 132-137.

1932. Tarrier N, Sommerfield C. Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. Behav Ther 2004; 35(2): 231-246.

1933. Tasca G, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. Psychotherapy (Chic) 2007; 44(4): 423-433.

1934. Tasca GA, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. Group Dyn 2007; 11(1): 1-14.

1935. Tasca GA, Ritchie K, Conrad G, Balfour L, Gayton J, Lybanon V et al. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: an aptitude by treatment interaction. Psychother Res 2006; 16(1): 106-121.

1936. Tate DF, Wing RR, Winett RA. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. JAMA 2001; 285(9): 1172-1177.

1937. Tate SR, Granholm E, Friedman R, Link P, Shriver C, Brown SA. Neuropsychological functioning and outcome of integrated treatment for depression and substance use disorders. Alcohol Clin Exp Res 2009; 33(Suppl 1): 196A.

1938. Taylor CB, Farquhar JW, Nelson E, Agras S. Relaxation therapy and high blood pressure. Arch Gen Psychiatry 1977; 34(3): 339-342.

1939. Teeter PA, Rumsey R, Natoli L, Naylor D, Smith R. Therapeutic interventions to increase social competence in teens with impulse control deficits. Journal of Psychotherapy in Independent Practice 2000; 1(4): 49-70.

1940. Teismann T, Von Brachel R, Hanning S, Grillenberger M, Hebermehl L, Hornstein I et al. A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. Psychother Res 2014; 24(1): 80-90.

1941. Telch CF, Telch MJ. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. J Consult Clin Psychol 1986; 54(6): 802-808.

1942. Telch MJ, Hannon R, Telch CF. A comparison of cessation strategies for the outpatient alcoholic. Addict Behav 1984; 9(1): 103-109.

1943. Telles C, Karno M, Mintz J, Paz G, Arias M, Tucker D et al. Immigrant families coping with schizophrenia: behavioral family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population. Br J Psychiatry 1995; 167(4): 473-479.

1944. Tepperman JH. The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. Journal of Gambling Behavior 1985; 1(2): 119-130.

1945. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Gunther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 2003; 107(6): 394-399.

1946. Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2015; (4): CD001980.

1947. Thiels C, Schmidt U, Treasure J, Garthe R, Troop N. Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. Am J Psychiatry 1998; 155(7): 947-953.

1948. Thieme H, Bayn M, Wurg M, Zange C, Pohl M, Behrens J. Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke: a randomized controlled trial. J Neurol Sci 2013; 333(Suppl 1): e571-e572.

1949. Thieme H, Bayn M, Wurg M, Zange C, Pohl M, Behrens J. Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke: a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2013; 27(4): 314-324.

1950. Thomaes K, Dorrepaal E, Van Balkom AJLM, Veltman DJ, Smit JH, Hoogendoorn AW et al. Complex PTSD following early-childhood trauma: emotion-regulation training as addition to the PTSD guideline [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 2015; 57(3): 171-182.

1951. Thomas VJ, Dixon AL, Milligan P. Cognitive-behaviour therapy for the management of sickle cell disease pain: an evaluation of a community-based intervention. Br J Health Psychol 1999; 4(3): 209-229.

1952. Thompson S, Bender K, Windsor LC, Flynn PM. Keeping families engaged: the effects of home-based family therapy enhanced with experiential activities. Soc Work Res 2009; 33(2): 121-126.

1953. Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. Behav Ther 2015; 46(2): 218-229.

1954. Thorgeirsdottir MT, Bjornsson AS, Arnkelsson GB. Group climate development in brief group therapies: a comparison between cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder. Group Dyn 2015; 19(3): 200-209.

1955. Thorn ME, Boudewyns PA. A behaviorally oriented weight loss program for counseling centers. J Couns Psychol 1976; 23(1): 81-82.

1956. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G et al. Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders: results from the Danish OPUS trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41(10): 761-770.

1957. Thurman CW. Effects of a rational-emotive treatment program on type A behavior among college students. Journal of College Student Personnel 1983; 24(5): 417-423.

1958. Thyer BA. Cognitive behavioral group therapy and phenelzine both effective in social phobia. West J Med 1999; 171(4): 240.

1959. Thyme KE, Sundin EC, Wiberg B, Oster I, Astrom S, Lindh J. Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. Palliat Support Care 2009; 7(1): 87-95.

1960. Tillotson SM. The effect of experiential family therapy (ropes) on changes in attributional and defensive communication patterns for adolescent sexual offenders. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 1995; 56(6-A): 2434.

1961. Timko CA, Zucker NL, Herbert JD, Rodriguez D, Merwin RM. An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. Behav Res Ther 2015; 69: 63-74.

1962. Timmer B, Bleichhardt G, Rief W. Effektivität einer stationären Gruppentherapie für Patienten mit multiplem somatoformen Syndrom: Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Therapieevaluationsstudie. Z Klin Psychol Psychother 2004; 33(1): 24-32.

1963. Tkachuk GA, Graff LA, Martin GL, Bernstein CN. Randomized controlled trial of cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome in a medical setting. J Clin Psychol Med Settings 2003; 10(1): 57-69.

1964. Toledo EL, Togni Muniz E, Brito AM, Abreu CN, Tavares H. Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. J Clin Psychiatry 2015; 76(4): 447-455.

1965. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35(11): 487-493.

1966. Tomas-Aragones L, Marron SE. Evaluation of a psychological group intervention for patients with moderate and severe psoriasis. J Invest Dermatol 2011; 131(Suppl 2): S116.

1967. Tomei C, Lebel S, Maheu C, Mutsaers B. Examining a cognitive-existential intervention to address fear of recurrence in men and women with cancer: a feasibility study. Psychooncology 2015; 24(Suppl 2): 158-159.

1968. Tomsovic M. Group therapy and changes in the self-concept of alcoholics. J Stud Alcohol 1976; 37(1): 53-57.

1969. Toner BB, Segal ZV, Emmott S, Myran D, Ali A, DiGasbarro I et al. Cognitive-behavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. Int J Group Psychother 1998; 48(2): 215-243.

1970. Tongas PN. The Kaiser-Permanente Smoking Control Program: its purpose and implications for an HMO. Prof Psychol 1979; 10(4): 409-418.

1971. Tonnesen P, Mikkelsen K, Bremann L. Smoking cessation with smokeless tobacco and group therapy: an open, randomized, controlled trial. Nicotine Tob Res 2008; 10(8): 1365-1372.

1972. Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P. The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. J Appl Gerontol 1997; 16(1): 31-50.

1973. Tourigny M. A six month follow-up study of psychoeducative group therapy for sexually abused female adolescents [Französisch]. Revue Quebecoise de Psychologie 2008; 29(3): 117-131.

1974. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychol Med 2013; 43(12): 2501-2511.

1975. Townsend RE, House JF, Addario D. A comparison of biofeedback-mediated relaxation and group therapy in the treatment of chronic anxiety. Am J Psychiatry 1975; 132(6): 598-601.

1976. Tracey DA, Briddell DW, Wilson G. Generalization of verbal conditioning to verbal and nonverbal behavior: group therapy with chronic psychiatric patients. J Appl Behav Anal 1974; 7(3): 391-402.

1977. Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. Behav Res Ther 1995; 33(4): 363-367.

1978. Tremont G, Davis J, Bryant K, Ott BR, Papandonatos G, Fortinsky R et al. Effect of a telephone-based dementia caregiver intervention on use of community support services and health care resources. Alzheimers Dement 2014; 10(4 Suppl): P226-P227.

1979. Tremont G, Davis J, O'Connor K, Grover C, Bishop D, Ott B et al. Relationship between expectancy/credibility and early response to telephone-based dementia caregiver interventions. Alzheimers Dement 2011; 7(4): S435.

1980. Tremont G, Davis JD, Papandonatos GD, Ott BR, Fortinsky RH, Gozalo P et al. Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: a randomized, controlled trial. Alzheimers Dement 2015; 11(5): 541-548.

1981. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004; 184(4): 312-320.

1982. Truax C. Effects of client-centered psychotherapy with schizophrenic patients: nine years pretherapy and nine years posttherapy hospitalization. J Consult Clin Psychol 1970; 35(3): 417-422.

1983. Tsay SL. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2004; 41(1): 99-106.

1984. Tucker JD, Suter W, Petibone DM, Thomas RA, Bailey NL, Zhou Y et al. Cytogenetic assessment of methylphenidate treatment in pediatric patients treated for attention deficit hyperactivity disorder. Mutat Res 2009; 677(1-2): 53-58.

1985. Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, Ruggiero L, Dillingham K, Pitts CD. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. J Clin Psychiatry 2001; 62(11): 860-868.

1986. Turkington D, Kingdon D, Rathod S, Hammond K, Pelton J, Mehta R. Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. Br J Psychiatry 2006; 189(1): 36-40.

1987. Turner CM, Mataix-Cols D, Lovell K, Krebs G, Lang K, Byford S et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53(12): 1298-1307.e2.

1988. Turner JA. Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. J Consult Clin Psychol 1982; 50(5): 757-765.

1989. Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. Psychother Psychosom 1999; 68(1): 15-21.

1990. Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. Arch Psychiatr Nurs 2004; 18(2): 39-48.

1991. Uliaszek AA, Rashid T, Williams GE, Gulamani T. Group therapy for university students: a randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. Behav Res Ther 2016; 77: 78-85.

1992. Ulrichsen J, Nielsen MK, Ulrichsen M. Disulfiram in severe alcoholism: an open controlled study. Nord J Psychiatry 2010; 64(6): 356-362.

1993. Ulstein ID, Sandvik L, Wyller TB, Engedal K. A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients: effects on patients and carers. Dement Geriatr Cogn Disord 2007; 24(6): 469-475.

1994. Unutzer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino IT et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(10): 935-942.

1995. Urata Y, Nakamura Y, Furukawa KI. Initial introduction of treat-to-target strategy in patients with recent onset rheumatoid arthritis is more effective than delayed introduction of strategy with more clinical and functional remission achieved for 2-years: results of the treating to twine targets (T-4) study. Arthritis Rheum 2012; 64(10 Suppl): S156.

1996. Valencia CM. Psychosocial intervention program for chronic schizophrenic patients [Spanisch]. Salud Ment (Mex) 1999; 22(Spec Iss): 128-132.

1997. Valencia M, Murow E, Rascon ML. Comparison of three types of treatment for schizophrenia: psychosocial therapy, musictherapy, and multiple therapies [Spanisch]. Rev Latinoam Psicol 2006; 38(3): 535-549.

1998. Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. Psychol Med 2007; 37(10): 1393-1402.

1999. Vallina Fernandez O, Lemos Giraldez S, Garcia Saiz A, Otero Garcia A, Alonso Sanchez M, Gutierrez Perez AM. Integrated psychological treatment for schizophrenic patients [Spanisch]. Psicothema 1998; 10(2): 459-474.

2000. Vallina Fernandez O, Lemos Giraldez S, Garcia Saiz A, Otero Garcia A, Alonso Sanchez M, Gutierrez Perez AM. Integrated psychological treatment for schizophrenic patients. Psychology in Spain 1999; 3(1): 25-35.

2001. Vallina-Fernandez O, Lemos-Giraldez S, Roder V, Garcia-Saiz A, Otero-Garcia A, Alonso-Sanchez M et al. Controlled study of an integrated psychological intervention in schizophrenia. Eur J Psychiatry 2001; 15(3): 167-179.

2002. Van den Berg DP, De Bont PA, Van der Vleugel BM, De Roos C, De Jongh A, Van Minnen A et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2015; 72(3): 259-267.

2003. Van der Baan-Slootweg O, Benninga MA, Beelen A, Van der Palen J, Tamminga-Smeulders C, Tijssen JG et al. Inpatient treatment of children and adolescents with severe obesity in the Netherlands: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2014; 168(9): 807-814.

2004. Van der Helm-Hylkema H, Orlebeke JF, Enting LA, Thijssen JH, Van Ree J. Effects of behaviour therapy on migraine and plasma beta-endorphin in young migraine patients. Psychoneuroendocrinology 1990; 15(1): 39-45.

2005. Van der Lee M, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer related fatigue. Psychooncology 2013; 22(Suppl 3): 102-103.

2006. Van der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. Psychooncology 2012; 21(3): 264-272.

2007. Van Dulmen AM, Fennis JF, Bleijenberg G. Cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up. Psychosom Med 1996; 58(5): 508-514.

2008. Van Gent EM. A three year follow-up study of two group therapy programs added to lithium prophylaxis of bipolar patients [Niederländisch]. Tijdschr Psychiatr 1998; 40(8): 498-503.

2009. Van Gent EM. Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment [Französisch]. Encephale 2000; 26(2): 76-79.

2010. Van Ingen DJ, Novicki DJ. An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. Int J Group Psychother 2009; 59(2): 243-251.

2011. Van Lankveld JJ, Ter Kuile MM, De Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. J Consult Clin Psychol 2006; 74(1): 168-178.

2012. Van Loon RB, Veen G, Baur LH, Kamp O, Bronzwaer JG, Twisk JW et al. Improved clinical outcome after invasive management of patients with recent myocardial infarction and proven myocardial viability: primary results of a randomized controlled trial (VIAMI-trial). Trials 2012; 13: 1.

2013. Van Melle JP, De Jonge P, Honig A, Schene AH, Kuyper AM, Crijns HJ et al. Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. Br J Psychiatry 2007; 190(6): 460-466.

2014. Van Son J, Nyklicek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial. Diabetes Care 2013; 36(4): 823-830.

2015. Van Vugt FT, Ritter J, Rollnik JD, Altenmuller E. Music-supported motor training after stroke reveals no superiority of synchronization in group therapy. Front Hum Neurosci 2014; 8: 315.

2016. Vannoy SD, Hoyt WT. Evaluation of an anger therapy intervention for incarcerated adult males. J Offender Rehabil 2004; 39(2): 39-57.

2017. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczynski A, Fox A, Tarrier N. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27(1): 16-21.

2018. Vauth R, Corrigan PW, Clauss M, Dietl M, Dreher-Rudolph M, Stieglitz RD et al. Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation. Schizophr Bull 2005; 31(1): 55-66.

2019. Vedel E, Emmelkamp PM, Schippers GM. Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. Psychother Psychosom 2008; 77(5): 280-288.

2020. Vega BR, Tarrero AP, Perez CB, Sancho GT, Moreno AH. Randomized trial of a combined treatment compared with drug treatment for depressed oncologic patients: outcomes at 1 year. Psychooncology 2009; 18(Suppl 2): S155-S156.

2021. Veltro F, Cuccaro A, Vendittelli N, Oricchio I, Scinto A, Dragani A et al. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients [Italienisch]. Riv Psichiatr 2005; 40(6): 353-359.

2022. Veltro F, Magliano L, Morosini P, Fasulo E, Pedicini G, Cascavilla I et al. Randomised controlled trial of a behavioural family intervention: 1 year and 11-years follow-up [Italienisch]. Epidemiol Psichiatr Soc 2006; 15(1): 44-51.

2023. Verkuil B, Brosschot JF, Korrelboom K, Reul-Verlaan R, Thayer JF. Pretreatment of worry enhances the effects of stress management therapy: a randomized clinical trial. Psychother Psychosom 2011; 80(3): 189-190.

2024. Vernmark K, Lenndin J, Bjarehed J, Carlsson M, Karlsson J, Oberg J et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. Behav Res Ther 2010; 48(5): 368-376.

2025. Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. Cochrane Database Syst Rev 2011; (11): CD005318.

2026. Verrusio W, Andreozzi P, Marigliano B, Renzi A, Gianturco V, Pecci MT et al. Exercise training and music therapy in elderly with depressive syndrome: a pilot study. Complement Ther Med 2014; 22(4): 614-620.

2027. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. Eur J Pain 2013; 17(6): 916-928.

2028. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Gomez-Barros N, Valero S, Palomar G et al. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. J Nerv Ment Dis 2013; 201(10): 894-900.

2029. Vidal R, Castells J, Richarte V, Palomar G, Garcia M, Nicolau R et al. Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54(4): 275-282.

2030. Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S, Colom F. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. Curr Psychiatry Rep 2005; 7(6): 449-455.

2031. Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, De Jonge P, Zuidema SU, Slaets JP. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2013; 28(10): 1031-1038.

2032. Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. Am J Psychiatry 2005; 162(10): 1933-1940.

2033. Vitriol VG, Ballesteros ST, Florenzano RU, Weil KP, Benadof DF. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. Psychiatr Serv 2009; 60(7): 936-942.

2034. Vlaar PJ, Svilaas T, Van der Horst IC, Diercks GF, Fokkema ML, De Smet BJ et al. Cardiac death and reinfarction after 1 year in the Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study (TAPAS): a 1-year follow-up study. Lancet 2008; 371(9628): 1915-1920.

2035. Volker CA. Treatment of sexual assault survivors utilizing cognitive therapy and art therapy (self-esteem, posttraumatic stress disorder, victimization) [Dissertation]. San Francisco: California Institute of Integral Studies; 1997.

2036. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol 2012; 51(3): 239-260.

2037. Vollmer AJ. Group versus individual cognitive treatment for irritable bowel syndrome. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1997; 57(10-B): 6598.

2038. Volpato Cordioli A, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. Psychother Psychosom 2003; 72(4): 211-216.

2039. Volpicelli JR, Markman I, Monterosso J, Filing J, O'Brien CP. Psychosocially enhanced treatment for cocaine-dependent mothers: evidence of efficacy. J Subst Abuse Treat 2000; 18(1): 41-49.

2040. Volpicelli JR, Volpicelli LA, Obrien CP. Medical management of alcohol dependence: clinical use and limitations of naltrexone treatment. Alcohol Alcohol 1995; 30(6): 789-798.

2041. Vorkapic CF, Range B. Reducing the symptomatology of panic disorder: the effects of a yoga program alone and in combination with cognitive-behavioral therapy. Front Psychiatry 2014; 5: 177.

2042. Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, Van Balkom AJ, Mulder J, Van de Lisdonk EH et al. Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. Can J Psychiatry 2006; 51(7): 445-452.

2043. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, Sarwer DB, Phelan S, Cato RK et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. N Engl J Med 2005; 353(20): 2111-2120.

2044. Wade AG, Fernandez JL, Francois C, Hansen K, Danchenko N, Despiegel N. Escitalopram and duloxetine in major depressive disorder: a pharmacoeconomic comparison using UK cost data. Pharmacoeconomics 2008; 26(11): 969-981.

2045. Wade NG, Meyer JE. Comparison of brief group interventions to promote forgiveness: a pilot outcome study. Int J Group Psychother 2009; 59(2): 199-220.

2046. Wagner EF, Hospital MM, Graziano JN, Morris SL, Gil AG. A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. J Consult Clin Psychol 2014; 82(6): 1128-1139.

2047. Wagoner JL, Piazza NJ. Group therapy for adult substance abusers on probation. J Offender Rehabil 1993; 19(3-4): 41-56.

2048. Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. Addiction 2004; 99(Suppl 2): 93-105.

2049. Walitzer KS, Dermen KH. Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples therapy: evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. J Consult Clin Psychol 2004; 72(6): 944-955.

2050. Waller CS. Art therapy with adult female incest survivors. Art Therapy 1992; 9(3): 135-138.

2051. Wallin U, Kronovall P, Majewski ML. Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. Eur Eat Disord Rev 2000; 8(1): 19-30.

2052. Walls N, Meyers AW. Outcome in group treatments for bereavement: experimental results and recommendations for clinical practice. Int J Ment Health 1984; 13(3-4): 126-147.

2053. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295(22): 2605-2612.

2054. Walsh S, Cassidy M, Priebe S. The application of positive psychotherapy in mental health care: a systematic review. J Clin Psychol 02.08.2016 [Epub ahead of print].

2055. Walsh TS, Salisbury LG, Merriweather JL, Boyd JA, Griffith DM, Huby G et al. Increased hospital-based physical rehabilitation and information provision after intensive care unit discharge: the RECOVER randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015; 175(6): 901-910.

2056. Walter M, Hanni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E, Muller-Spahn F et al. Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: a pilot study. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(1): 77-83.

2057. Wambach K, Rief W. Effekte kognitiver Verhaltenstherapie bei Panikstörung: mehr Exposition bringt stabilere Therapieerfolge. Verhaltenstherapie 2012; 22(2): 95-105.

2058. Wang C, Zhang N, Zhang Y. Attributional retraining group therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors: neurobiological effects. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 785.

2059. Wang C, Zhang N, Zhang YL, Zhang J, Yang H, Timothy TC. Comparison of the neurobiological effects of attribution retraining group therapy with those of selective serotonin reuptake inhibitors. Braz J Med Biol Res 2013; 46(3): 318-326.

2060. Wang F, Li CB, Li S, Li Q. Integrated interventions for improving negative emotions and stress reactions of young women receiving total hysterectomy. Int J Clin Exp Med 2014; 7(1): 331-336.

2061. Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB. Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. J Clin Nurs 2010; 19(3-4): 380-388.

2062. Wang J, Jian F, Chen J, Ye NS, Huang YH, Wang S et al. Cognitive behavioral therapy for orthodontic pain control: a randomized trial. J Dent Res 2012; 91(6): 580-585.

2063. Wang JJ. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(12): 1235-1240.

2064. Wang LJ, Lu SF, Chong MY, Chou WJ, Hsieh YL, Tsai TN et al. A family-oriented therapy program for youths with substance abuse: long-term outcomes related to relapse and academic or social status. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 699-706.

2065. Wang LJ, Lu SF, Chou WJ, Chong MY, Wang YH, Hsieh YL et al. A family-oriented treatment program for youths with ketamine abuse and their caregivers: a pilot study in Taiwan. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 1921-1927.

2066. Wang SY, Huang DJ, Zhang GX, Li Y, Fang Y, Xiong HF et al. Influence of fluoxetine combined with psychotherapy in treatment of hypertensive patients with depression [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(21): 2938-2940.

2067. Wang T, Hou P. Psychological status of patients with globus hystericus and the therapeutic efficacy of behavior therapy and SSRI: a clinical study [Chinesisch]. Chinese Journal of Gastroenterology 2010; 15(10): 587-590.

2068. Wang ZW, Fang F, Lu ZP, Wang P, Chen YD, Zhang SP et al. Efficacy of integrated-model management on chronic depression. Shanghai Jiao Tong Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2010; 30(6): 639-642.

2069. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression; I: clinical effectiveness. BMJ 2000; 321(7273): 1383-1388.

2070. Waring EM, Carver C, Stalker CA, Fry R, Schaefer B. A randomized clinical trial of cognitive marital therapy. J Sex Marital Ther 1990; 16(3): 165-180.

2071. Waring EM, Chamberlaine CH, McCrank EW, Stalker CA, Carver C, Fry R et al. Dysthymia: a randomized study of cognitive marital therapy and antidepressants. Can J Psychiatry 1988; 33(2): 96-99.

2072. Warth M, Kesler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music therapy in palliative care: results of a randomized, controlled trial on psychophysiological indicators of relaxation and well-being. Oncol Res Treat 2016; 39(Suppl 1): 128-129.

2073. Washington O. Effects of cognitive and experiential group therapy on self-efficacy and perceptions of employability of chemically dependent women. Issues Ment Health Nurs 1999; 20(3): 181-198.

2074. Washington OG. Effects of group therapy on chemically dependent women's self-efficacy. J Nurs Scholarsh 2000; 32(4): 347-352.

2075. Washington OG. Using brief therapeutic interventions to create change in self-efficacy and personal control of chemically dependent women. Arch Psychiatr Nurs 2001; 15(1): 32-40.

2076. Washington OG, Moxley DP. Developing psychological readiness for employment rehabilitation among chemically dependent women. Journal of Social Work Research and Evaluation 2003; 4(1): 67-81.

2077. Wauquier A, McGrady A, Aloe L, Klausner T, Collins B. Changes in cerebral blood flow velocity associated with biofeedback-assisted relaxation treatment of migraine headaches are specific for the middle cerebral artery. Headache 1995; 35(6): 358-362.

2078. Waxman D. A clinical trial of clomipramine and diazepam in the treatment of phobic and obsessional illness. J Int Med Res 1977; 5(Suppl 5): 99-110.

2079. Weck F, Gropalis M, Hiller W, Bleichhardt G. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). J Anxiety Disord 2015; 30: 1-7.

2080. Weck F, Kaufmann YM, Hofling V. Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: a randomized controlled pilot study. Psychother Res 02.02.2016 [Epub ahead of print].

2081. Weck F, Neng JM, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2015; 83(4): 665-676.

2082. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. Crisis 2013; 34(2): 107-115.

2083. Wei X. Group therapy for communication fear in normal school preschool education students [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2000; 14(5): 357.

2084. Weidle B. Research on pediatric OCD in Scandinavia. Eur Child Adolesc Psychiatry 2011; 20(Suppl 1): S30.

2085. Weidong J, Guoquan Z, Wenli F, Yunqing G, Meizheng G, Jun W et al. A randomized controlled trial on the efficacy of group psychoeducation family intervention for carers of persons with schizophrenia in Shanghai. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 927.

2086. Weijers J, Ten Kate C, Eurelings-Bontekoe E, Viechtbauer W, Rampaart R, Bateman A et al. Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2016; 16(1): 191.

2087. Weine S, Kulauzovic Y, Klebic A, Besic S, Mujagic A, Muzurovic J et al. Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. J Marital Fam Ther 2008; 34(2): 149-164.

2088. Weinstein A, Greif J, Yemini Z, Lerman H, Weizman A, Even-Sapir E. Attenuation of cue-induced smoking urges and brain reward activity in smokers treated successfully with bupropion. J Psychopharmacol (Oxf) 2010; 24(6): 829-838.

2089. Weis J, Zoffmann V, Greisen G, Egerod I. The effect of person-centred communication on parental stress in a NICU: a randomized clinical trial. Acta Paediatr 2013; 102(12): 1130-1136.

2090. Weisman de Mamani A, Weintraub MJ, Gurak K, Maura J. A randomized clinical trial to test the efficacy of a family-focused, culturally informed therapy for schizophrenia. J Fam Psychol 2014; 28(6): 800-810.

2091. Weiss DM, Casten RJ, Leiby BE, Hark LA, Murchison AP, Johnson D et al. Effect of behavioral intervention on dilated fundus examination rates in older african American individuals with diabetes mellitus a randomized clinical trial. JAMA Ophthalmol 2015; 133(9): 1005-1012.

2092. Weiss JC. Group therapy with older adults in long-term care settings: research and clinical cautions and recommendations. Journal for Specialists in Group Work 1994; 19(1): 22-29.

2093. Weiss RD, Griffin ML. Integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence. Alcohol Clin Exp Res 2010; 34: 77A.

2094. Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ et al. A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend 2009; 104(3): 212-219.

2095. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. Am J Psychiatry 2007; 164(1): 100-107.

2096. Weiss RD, Kolodziej M, Griffin ML, Najavits LM, Jacobson LM, Greenfield SF. Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence. J Affect Disord 2004; 79(1-3): 279-283.

2097. Weller A, Sirota L, Eidelman AI. Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. J Fam Psychol 2003; 17(1): 94-107.

2098. Weltzin TE, Fernstrom MH, Hansen D, McConaha C, Kaye WH. Abnormal caloric requirements for weight maintenance in patients with anorexia and bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1991; 148(12): 1675-1682.

2099. Wenn J, O'Connor M, Breen LJ, Kane RT, Rees CS. Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open 2015; 5(12): e007221.

2100. Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Guimaraes LS, Heldt E. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping, and quality of life. Behav Cogn Psychother 2015; 43(5): 513-525.

2101. West ED, Jackson A, Physentides A, Seenivasagan S, Jezard P, Nicholson A et al. Randomized comparative trial of a ward discussion group. Br J Psychiatry 1982; 141(1): 76-80.

2102. Wetherell JL, Petkus AJ, Alonso-Fernandez M, Bower ES, Steiner AR, Afari N. Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. Int J Geriatr Psychiatry 28.07.2015 [Epub ahead of print].

2103. Wetzel H, Szegedi A, Scheurich A, Lorch B, Singer P, Schlafke D et al. Combination treatment with nefazodone and cognitive-behavioral therapy for relapse prevention in alcohol-dependent men: a randomized controlled study. J Clin Psychiatry 2004; 65(10): 1406-1413.

2104. Wetzelaer P, Farrell J, Evers SM, Jacob GA, Lee CW, Brand O et al. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. BMC Psychiatry 2014; 14: 319.

2105. White J. "Stress control" large group therapy for generalized anxiety disorder: two year follow-up. Behav Cogn Psychother 1998; 26(3): 237-245.

2106. White J, Keenan M, Brooks N. Stress control: a controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. Behavioural Psychotherapy 1992; 20(2): 97-114.

2107. White MA, Martin PD, Newton RL, Walden HM, York-Crowe EE, Gordon ST et al. Mediators of weight loss in a family-based intervention presented over the internet. Obes Res 2004; 12(7): 1050-1059.

2108. Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. Gerontologist 2013; 53(4): 676-686.

2109. Whitney J, Murphy T, Landau S, Gavan K, Todd G, Whitaker W et al. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2012; 20(2): 142-150.

2110. Wiborg JF, Van Bussel J, Van Dijk A, Bleijenberg G, Knoop H. Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy delivered in groups of patients with chronic fatigue syndrome. Psychother Psychosom 2015; 84(6): 368-376.

2111. Wicker CW. The use of reality therapy group counseling with African-American high school students who claim to be suffering from premenstrual syndrome (PMS). Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2000; 60(9-B): 4924.

2112. Wierzbicki M, Bartlett TS. The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. Cognit Ther Res 1987; 11(3): 337-342.

2113. Wietecha L, Young J, Ruff D, Dunn D, Findling RL, Saylor K. Atomoxetine once daily for 24 weeks in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): impact of treatment on family functioning. Clin Neuropharmacol 2012; 35(3): 125-133.

2114. Wilberg T, Friis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes O, Vaglum P. Outpatient group psychotherapy: a valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. Nord J Psychiatry 1998; 52(3): 213-221.

2115. Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel KE et al. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa; a randomized controlled trial. Trials 2009; 10: 23.

2116. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(8): 713-721.

2117. Wilhelmsen I, Haug TT, Ursin H, Berstad A. Effect of short-term cognitive psychotherapy on recurrence of duodenal ulcer: a prospective randomized trial. Psychosom Med 1994; 56(5): 440-448.

2118. Wilks CR, Zieve GG, Lessing HK. Are trials of computerized therapy generalizable? A multidimensional meta-analysis. Telemed J E Health 2016; 22(5): 450-457.

2119. Williams C, McClay CA, Martinez R, Morrison J, Haig C, Jones R et al. Online CBT life skills programme for low mood and anxiety: study protocol for a pilot randomized controlled trial. Trials 2016; 17(1): 220.

2120. Williams K, Prevost AT, Griffin S, Hardeman W, Hollingworth W, Spiegelhalter D et al. The ProActive trial protocol: a randomised controlled trial of the efficacy of a family-based, domiciliary intervention programme to increase physical activity among individuals at high risk of diabetes [ISRCTN61323766]. BMC Public Health 2004; 4: 48.

2121. Wills RM, Faitler SL, Snyder DK. Distinctiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: an empirical analysis. J Consult Clin Psychol 1987; 55(5): 685-690.

2122. Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Wordsworth S, Gray JR, Haites NE et al. Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. Health Technol Assess 2005; 9(3): iii-iv, 1-126.

2123. Wilson G, Brownell K. Behavior therapy for obesity: including family members in the treatment process. Behav Ther 1978; 9(5): 943-945.

2124. Wilson GL, Bornstein PH, Wilson LJ. Treatment of relationship dysfunction: an empirical evaluation of group and conjoint behavioral marital therapy. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 929-931.

2125. Wilson GL, Flammang MR. Treatment acceptability of alternative formats of behavioral marital therapy. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy 1990; 19(2): 87-99.

2126. Wilson GL, Flammang MR, Dehle CM. Therapeutic formats in the resolution of relationship dysfunction: an acceptability investigation. J Sex Marital Ther 1992; 18(1): 20-33.

2127. Wilz G, Kalytta T. Evaluation eines kognitiv-behavioralen Gruppenkonzepts für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten. Psychother Psychosom Med Psychol 2012; 62(9-10): 359-366.

2128. Wilz G, Meichsner F, Soellner R. Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. Aging Ment Health 08.03.2016 [Epub ahead of print].

2129. Wilz G, Schinkothe D, Soellner R. Goal attainment and treatment compliance in a cognitive-behavioral telephone intervention for family caregivers of persons with dementia. GeroPsych (Bern) 2011; 24(3): 115-125.

2130. Wilz G, Schinkothe D, Soellner R. Long-term evaluation of a randomized-controlled telephone therapy for family caregivers of persons with dementia. Behav Neurol 2013; 27(3): 308.

2131. Wing RR, Marcus MD, Salata R, Epstein LH, Miaskiewicz S, Blair EH. Effects of a very-low-calorie diet on long-term glycemic control in obese type 2 diabetic subjects. Arch Intern Med 1991; 151(7): 1334-1340.

2132. Winkelmann K, Stefini A, Hartmann M, Geiser-Elze A, Kronmuller A, Schenkenbach C et al. Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2005; 54(7): 598-614.

2133. Winter B, Nieschalk M, Stoll W. Die Auswirkungen der Entspannungstherapie als Gruppen- und Einzelbehandlung bei chronischem Tinnitus. Psychother Psychosom Med Psychol 1996; 46(3-4): 147-152.

2134. Winters J, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR, Kelley ML. Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. J Consult Clin Psychol 2002; 70(2): 344-355.

2135. Wise K, Rief W, Goebel G. Meeting the expectations of chronic tinnitus patients: comparison of a structured group therapy program for tinnitus management with a problem-solving group. J Psychosom Res 1998; 44(6): 681-685.

2136. Wober C, Gharabaghi-Reiter M, Seidel S, Lieba Samal D, Salhofer S, Zebenholzer K. The effects of progressive muscle relaxation on sleep in patients with migraine-results of a randomized controlled study. Cephalalgia 2011; 31(1 Suppl): 213.

2137. Wolf EM, Crowther JH. An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. Int J Eat Disord 1992; 11(1): 3-15.

2138. Wolff N, Huening J, Shi J, Frueh BC, Hoover DR, McHugo G. Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. J Anxiety Disord 2015; 30: 66-80.

2139. Wolff NN. The effects of group format coping skills training on cocaine use in a methadone maintenance treatment program. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 2002; 62(10-B): 4811.

2140. Wollersheim JP. Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. J Abnorm Psychol 1970; 76(3, Pt.1): 462-474.

2141. Wölwer W, Burtscheidt W, Gaebel W. Neuropsychological predictors of relapse in alcoholism. Sixth World Congress of Biological Psychiatry; 22.-27.06.1997; Nizza, Frankreich.

2142. Wong DFK, Sun SYK. A preliminary study of the efficacy of group cognitive-behavioural therapy for people with social anxiety in Hong Kong. Hong Kong Journal of Psychiatry 2007; 16(2): 50-56.

2143. Wootten A, Siddons H, Costello A. Below the belt: talking about life after prostate cancer; results of a randomised controlled trial. Psychooncology 2010; 19(Suppl 2): S63.

2144. Worley MJ, Trim RS, Tate SR, Hall JE, Brown SA. Evaluating 18-month service utilization among veterans with comorbid alcohol/drug dependence and depression. Alcohol Clin Exp Res 2009; 33(Suppl 1): 127A.

2145. Wrotniak BH, Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN. Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(4): 342-347.

2146. Wutzke SE, Conigrave KM, Saunders JB, Hall WD. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. Addiction 2002; 97(6): 665-675.

2147. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. Schizophr Res 2005; 77(2-3): 201-210.

2148. Wyman JF, Fantl JA, McClish DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1998; 179(4): 999-1007.

2149. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. Br J Psychiatry 1994; 165(Oct): 544-548.

2150. Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 1994; 165(2): 239-247.

2151. Xu J, Jia GW, Tan BT, Yu LH. Effectiveness and safety of nerve block therapy for neck pain: a systematic review. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine 2012; 12(12): 1497-1502.

2152. Xu X, Yonkers KA, Ruger JP. Costs of a motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice for pregnant substance users. PLoS One 2014; 9(4): e95264.

2153. Yalom ID, Houts PS, Newell G, Rand KH. Preparation of patients for group therapy: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1967; 17(4): 416-427.

2154. Yamadera W, Sato M, Harada D, Iwashita M, Aoki R, Obuchi K et al. Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. Sleep Biol Rhythms 2013; 11(3): 176-184.

2155. Yang H, Yang J, Wen Z, Zha Q, Nie G, Huang X et al. Effect of combining therapy with traditional chinese medicine-based psychotherapy and herbal medicines in women with menopausal syndrome: a randomized controlled clinical trial. Evid Based Complement Alternat Med 2012; 2012: 354145.

2156. Yang K, Yang M, Liu H. Comparative study of the effects of accompaniedsystemic desensitization in the treatment of social phobia [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1999; 13(4): 238-239.

2157. Yang RZ, Sun XB, Mo T, Chen LZ. Effect of psychological intervention in elevating the positive emotion of patients with gynecological malignant tumor [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(24): 4946-4947.

2158. Yang S, Sajatovic M, Walter BL. Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 2012; 25(2): 113-121.

2159. Yang WL, Zhai F, Gao YM, Zhang QH. Collective rehabilitation training conductive to improve psychotherapy of college students with anxiety disorder. Int J Clin Exp Med 2015; 8(6): 9949-9954.

2160. Yang WQ, Guo KF, Wang JQ, Zhu YX. Mental profile and psychotherapy of patients with paraplegia [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(3): 406-407.

2161. Yang YM, Liu H. Effect of psychological intervention on depressive perinatal women's quality of life [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Psychology 2009; 17(1): 122-123.

2162. Yao Y. Effects of Feiji decoction for soothing the liver combined with psychotherapy on quality of life in primary lung cancer patients [Chinesisch]. Zhongguo Fei Ai Za Zhi 2012; 15(1): 27-33.

2163. Yates AJ, Sambrailo F. Bulimia nervosa: a descriptive and therapeutic study. Behav Res Ther 1984; 22(5): 503-517.

2164. Yevtushenko VY, Belous AI, Yevtushenko YG, Gusinin SE, Buzik OJ, Agibalova TV. Efficacy and tolerability of escitalopram versus citalopram in major depressive disorder: a 6-week, multicenter, prospective, randomized, double-blind, active-controlled study in adult outpatients. Clin Ther 2007; 29(11): 2319-2332.

2165. Yin XT, Wang JT, Hu XM, Yin W. Mental status and psychotherapy in patients with cervical spondylosis after physiotherapy [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(46): 28-30.

2166. Yonkers KA, Forray A, Howell HB, Gotman N, Kershaw T, Rounsaville BJ et al. Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. Gen Hosp Psychiatry 2012; 34(5): 439-449.

2167. Yu J, Agras WS, Halmi KA, Crow S, Mitchell J, Bryson SW. A 1-year follow-up of a multi-center treatment trial of adults with anorexia nervosa. Eat Weight Disord 2011; 16(3): E177-E181.

2168. Yu J, Ye Y, Li S, Liu J, Zhai Y, Zhang M et al. The effectiveness and safety of plum-blossom needle therapy for Tourette syndrome: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2015; 16: 320.

2169. Zaby A, Heider J, Schroder A. Warten, Entspannung oder Verhaltenstherapie: wie effektiv sind ambulante Gruppenbehandlungen bei multiplen somatoformen Symptomen? Z Klin Psychol Psychother 2008; 37(1): 15-23.

2170. Zaharia C, Reiner M, Schutz P. Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. Psychiatr Danub 2015; 27(4): 355-363.

2171. Zalmanowitz SJ, Babins Wagner R, Rodger S, Corbett BA, Leschied A. The association of readiness to change and motivational interviewing with treatment outcomes in males involved in domestic violence group therapy. J Interpers Violence 2013; 28(5): 956-974.

2172. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. Iranian Journal of Medical Sciences 2016; 41(2): 140-144.

2173. Zamirinejad S, Hojjat SK, Golzari M, Borjali A, Akaberi A. Effectiveness of resilience training versus cognitive therapy on reduction of depression in female Iranian college students. Issues Ment Health Nurs 2014; 35(6): 480-488.

2174. Zare M, Shafiabadi A, Sharifi HP, Navabinejad S. The efficacy of rational emotive behavioral group therapy and psychodrama in modifying emotional expression styles [Farsi]. Journal of Iranian Psychologists 2007; 4(13): 25-41.

2175. Zargar F, Asgharnejad Farid AA, Atef-Vahid MK, Afshar H, Maroofi M, Omranifard V. Effect of acceptance-based behavior therapy on severity of symptoms, worry and quality of life in women with generalized anxiety disorder. Iran J Psychiatry Behav Sci 2012; 6(2): 23-32.

2176. Zastowny TR, Lehman AF, Cole RE, Kane C. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment. Psychiatr Q 1992; 63(2): 159-186.

2177. Zeng W, Ma H, Liang Q, Dong Y, Ye H, Zhang Y. The influence of antidepressive therapy on short-term prognosis in elderly patients with unstable angina and depression [Chinesisch]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 2001; 40(12): 809-810.

2178. Zenner HP, Vonthein R, Zenner B, Leuchtweis R, Plontke SK, Torka W et al. Standardized tinnitus-specific individual cognitive-behavioral therapy: a controlled outcome study with 286 tinnitus patients. Hear Res 2013; 298: 117-125.

2179. Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. J Clin Psychol 1989; 45(3): 436-445.

2180. Zhang M, Wang M, Li J, Phillips MR. Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients: an 18-month study in Suzhou, Jiangsu. Br J Psychiatry Suppl 1994; (24): 96-102.

2181. Zhang X, Zhang J. Family psychotherapy and remission of symptoms of schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1999; 13(6): 328-329.

2182. Zhang Y, Yao Y, Lu X. Therapeutic effect of music therapy and speech language therapy on post-stroke patients with non-fluent aphasia [Chinesisch]. Zhonghua Shen Jing Ge Za Zhi 2015; 48(4): 274-278.

2183. Zhang YT, Ye LX, Wang YD, Qui LS. Effects of drug therapy plus psychological intervention on the social ability of patients with chronic schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2006; 10(18): 38-39.

2184. Zhao B, Shen J, Shi Y. A comparative study on family intervention on schizophrenics in community [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 1999; 13(6): 324, 323.

2185. Zhao B, Shen J, Shi Y, Xu D, Wang Z, Ji J. Family intervention of chronic schizophrenics in community: a follow-up study [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2000; 14(4): 283-285.

2186. Zhao P, Wang JP. Comparison between cognitive-behavior therapy and benzodiazepines in the treatment of chronic insomnia [Chinesisch]. Journal of Dalian Medical University 2010; 32(6): 680-682.

2187. Zhao Y, Zhang J, Wang S. Comprehensive psychotherapy for anxiety and distress of patients with cancer [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2000; 14(6): 422-423, 425.

2188. Zhao ZH, Chen HM, Su XR, Hao CJ, Cao XJ, Sun DS et al. The efficacy of structural group therapy on the loneliness in male inpatients with chronic schizophrenia [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2010; 24(11): 818-822.

2189. Zhou BH, Li CH. Influence of cognitive therapy combined with drug therapy on the social function of convalescent schizophrenic patients [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2005; 9(12): 46-47.

2190. Zhu TM, Li H, Du YP, Zheng Z, Jin RJ. Intervention on network craving and encephalofluctuogram in patients with internet addiction disorder: a randomized controlled trial [Chinesisch]. Zhongguo Zhenjiu 2011; 31(5): 395-399.

2191. Zhu X, Zhou Q, Wang C, Cao Y, Wang Y, Sun D et al. The effect of group interpersonal psychotherapy on depression disorder of college students abused in child-hood [Chinesisch]. Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science 2012; 21(8): 712-715.

2192. Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? J Sex Marital Ther 1987; 13(3): 193-209.

2193. Zincir SB, Semiz UB, Yenel A, Basotlu E, Bilici M, Tulay C. Effects of group musical therapy on inpatients with schizophrenia: a preliminary study. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2011; 21(Suppl 2): S191.

2194. Zipfel S, Wild B, Gross G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet 2014; 383(9912): 127-137.

2195. Zisook S, Lesser IM, Lebowitz B, Rush AJ, Kallenberg G, Wisniewski SR et al. Effect of antidepressant medication treatment on suicidal ideation and behavior in a randomized trial: an exploratory report from the Combining Medications to Enhance Depression Outcomes Study. J Clin Psychiatry 2011; 72(10): 1322-1332.

2196. Zobel I, Kech S, Van Calker D, Dykierek P, Berger M, Schneibel R et al. Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. Acta Psychiatr Scand 2011; 123(4): 276-282.

2197. Zoger S, Erlandsson S, Svedlund J, Holgers KM. Benefits from group psychotherapy in the treatment of severe refractory tinnitus. Audiol Med 2008; 6(1): 62-72.

2198. Zomorodi S, Abdi S, Tabatabaee SK. Comparison of long-term effects of cognitive-behavioral therapy versus mindfulness-based therapy on reduction of symptoms among patients suffering from irritable bowel syndrome. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2014; 7(2): 118-124.

2199. Zomorrodi S, Rasoulzadeh Tabatabaie SK, Azadfallah P, Ebrahimidaryani N, Arbabi M. Long term effects of mindfulness on quality of life in Irritable Bowel Syndrome. Iran J Psychiatry 2015; 10(2): 100-105.

2200. Zorn P, Roder V, Müller DR, Tschacher W, Thommen M. Schemazentrierte Emotiv-Behaviorale Therapie (SET): eine randomisierte Evaluationsstudie an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern B und C. Verhaltenstherapie 2007; 17(4): 233-241.

2201. Zorn P, Roder V, Soravia L, Tschacher W. Evaluation der "schemazentrierten emotiv-behavioralen Therapie" (SET) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Ergebnisse einer randomisierten Untersuchung. Psychother Psychosom Med Psychol 2008; 58(9-10): 371-378.

E3

1. Butler MH, Harper JM, Mitchell CB. A comparison of attachment outcomes in enactment-based versus therapist-centered therapy process modalities in couple therapy. Fam Process 2011; 50(2): 203-220.

2. Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000; 177(2): 95-100.

3. Li S, Armstrong MS, Chaim G, Kelly C, Shenfeld J. Group and individual couple treatment for substance abuse clients: a pilot study. Am J Fam Ther 2007; 35(3): 221-233.

4. Liu QH, Zhan LY, Gong YX, Li XL, Xie CG. Effect of one-to-one system family intervention on the reduction of schizophrenia relapse: a randomized controlled study [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2003; 7(30): 4114-4115.

5. Rasmus SD. Investigating the efficacy of reflecting teams in a community mental health setting by observing changes in symptom distress, self-esteem and client satisfaction. Dissertation Abstracts International A: The Humanities and Social Sciences 2003; 64(2-A): 453.

6. Rhodes P, Baillee A, Brown J, Madden S. Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. J Fam Ther 2008; 30(1): 96-108.

7. Szapocznik J, Kurtines WM, Foote F, Perez-Vidal A, Hervis O. Conjoint versus one-person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. J Consult Clin Psychol 1986; 54(3): 395-397.

8. Szapocznik J, Kurtines WM, Foote FH, Perez-Vidal A, Hervis O. Conjoint versus one-person family therapy: some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. J Consult Clin Psychol 1983; 51(6): 889-899.

E4

1. Agosta F, Canu E, Sarasso E, Gemma M, Meani A, Volonte A et al. Brain structural and functional changes after action observation therapy in Parkinson`s disease patients with freezing of gait. Neurology 2014; 82(10 Suppl 1): S21.003.

2. Agosta F, Canu E, Sarasso E, Gemma M, Meani A, Volonte MA et al. Brain structural and functional changes after action observation therapy in Parkinson's disease patients with freezing of gait. Eur J Neurol 2014; 21(Suppl 1): 27.

3. Anker MG, Sparks JA, Duncan BL, Owen JJ, Stapnes AK. Footprints of couple therapy: client reflections at follow-up. J Fam Psychother 2011; 22(1): 22-45.

4. Benson P, Turk T. Group therapy in a general practice setting for frequent attenders: a controlled study of mothers with pre-school children. J R Coll Gen Pract 1988; 38(317): 539-541.

5. Budman SH, Demby AB, Feldstein ML. A controlled study of the impact of mental health treatment on medical care utilization. Med Care 1984; 22(3): 216-222.

6. Byford S, Barrett B, Roberts C, Clark A, Edwards V, Smethurst N et al. Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. Br J Psychiatry 2007; 191(5): 436-440.

7. Cohen A, Glynn S, Young A, Hamilton A. Implementing family services at mental health clinics. J Gen Intern Med 2010; 25(Suppl 3): S305-S306.

8. Dopp AR, Borduin CM, Wagner DV, Sawyer AM. The economic impact of multisystemic therapy through midlife: a cost-benefit analysis with serious juvenile offenders and their siblings. J Consult Clin Psychol 2014; 82(4): 694-705.

9. Dozier RM, Hicks MW, Cornille TA, Peterson GW. The effect of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: a clinical analog study. Fam Process 1998; 37(2): 189-200.

10. Gillis JS, Jessor R. Effects of brief psychotherapy on belief in internal control: an exploratory study. Psychotherapy (Chic) 1970; 7(3): 135-137.

11. Gitlin LN, Burgio LD, Mahoney D, Burns R, Zhang S, Schulz R et al. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. Psychol Aging 2003; 18(3): 361-374.

12. Goetter EM, Bui E, Ojserkis RA, Zakarian RJ, Brendel RW, Simon NM. A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan Combat Veterans. J Trauma Stress 2015; 28(5): 401-409.

13. Greenfield SF, Crisafulli MA, Kaufman JS, Freid CM, Bailey GL, Connery HS et al. Implementing substance abuse group therapy clinical trials in real-world settings: challenges and strategies for participant recruitment and therapist training in the Women's Recovery Group Study. Am J Addict 2014; 23(3): 197-204.

14. Hansson K, Ryden O, Johnsson P. Parent-rated family climate: a concomitant to metabolic control in juvenile IDDM? Fam Syst Med 1994; 12(4): 405-413.

15. Hogue A, Dauber S. Assessing fidelity to evidence-based practices in usual care: the example of family therapy for adolescent behavior problems. Eval Program Plann 2013; 37: 21-30.

16. Hooper D, Sheldon A. A study of group psychotherapy with married couples; II: evaluating the changes. Int J Soc Psychiatry 1970; 16(4): 299-305.

17. Kopelowicz A, Zarate R, Wallace CJ, Liberman RP, Lopez SR, Mintz J. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2012; 69(3): 265-273.

18. Lim G, Tan D. A systematic review of the effectiveness of group therapy to improve gait and balance in patients with chronic stroke. Proceedings of Singapore Healthcare 2010; 19(2 Suppl): S29.

19. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy. World psychiatry 2009; 8(Suppl 1): 296.

20. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. J Am Med Assoc 2002; 288(22): 2868-2879.

21. McDonell MG, Short RA, Hazel NA, Berry CM, Dyck DG. Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: impact on service utilization. Fam Process 2006; 45(3): 359-373.

22. Nawathe AC, Glied SA, Weintraub WS, Mosca LJ. The effect of a cardiovascular educational intervention on healthcare utilization and costs. Am J Manag Care 2010; 16(5): 339-346.

23. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Floyd FJ, Bayog R, Brown ED et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. J Subst Abuse 1996; 8(2): 145-166.

24. O'Farrell TJ, Murphy M, Alter J, Fals-Stewart W. Brief family treatment intervention to promote continuing care among alcohol-dependent patients in inpatient detoxification: a randomized pilot study. J Subst Abuse Treat 2008; 34(3): 363-369.

25. Pietrabissa G, Manzoni GM, Ceccarini M, Castelnuovo G. A brief strategic therapy protocol for binge eating disorder. Procedia 2014; 113: 8-15.

26. Rehberg W, Furstenau U, Rhiner B. Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2011; 39(1): 41-45.

27. Roots P, Rowlands L, Gowers SG. User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2009; 17(5): 331-337.

28. Rowe C, Rigter H, Henderson C, Gantner A, Mos K, Nielsen P et al. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. J Subst Abuse Treat 2013; 44(4): 391-399.

29. Sawyer AM, Borduin CM. Effects of multisystemic therapy through midlife: a 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. J Consult Clin Psychol 2011; 79(5): 643-652.

30. Schade N, Torres P, Beyebach M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. Fam Syst Health 2011; 29(3): 197-205.

31. Sevier M, Eldridge K, Jones J, Doss BD, Christensen A. Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. Behav Ther 2008; 39(2): 137-150.

32. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Increased contact with community mental health resources as a potential benefit of family education. Psychiatr Serv 1998; 49(3): 333-339.

33. Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Higgins M et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2016; 15(5): 317-327.

34. Wisniewski SR, Belle SH, Marcus SM, Burgio LD, Coon DW, Ory MG et al. The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): project design and baseline characteristics. Psychol Aging 2003; 18(3): 375-384.

E5

1. Adams JF, Eastwood M. The therapeutic utilization of the language and concepts of alcoholics anonymous in strategic marital therapy. J Fam Psychother 1992; 3(2): 1-18.

2. Adili F, Larijani B, Haghighatpanah M. Diabetic patients: psychological aspects. In: Adeghate E, Saadi H, Adem A, Obineche E (Ed). Diabetes mellitus and its complications: molecular mechanisms, epidemiology, and clinical medicine. Malden: Blackwell Publishing; 2006. S. 329-349. (Annals of the New York Academy of Sciences; Band 1084).

3. Agosti V. The efficacy of treatments in reducing alcohol consumption: a meta-analysis. Int J Addict 1995; 30(8): 1067-1077.

4. Alam R, Sturt J, Lall R, Winkley K. An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. Patient Educ Couns 2009; 75(1): 25-36.

5. Allin H, Wathen CN, MacMillan H. Treatment of child neglect: a systematic review. Can J Psychiatry 2005; 50(8): 497-504.

6. Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. Schizophr Bull 2011; 37(3): 619-630.

7. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders: third edition. Am J Psychiatry 2006; 163(7): 1-54.

8. Andres K, Brenner HD, Hodel B, Pfammatter M, Roder V. Further advancement of the Integrated Psychological Therapy Program for schizophrenic patients: intervention methods and results. In: Brenner HD, Böker W, Genner R (Ed). The treatment of schizophrenia: status and emerging trends. Ashland: Hogrefe & Huber; 2001. S. 121-136.

9. Andres K, Pfammatter M, Garst F, Teschner C, Brenner HD. Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. Acta Psychiatr Scand 2000; 101(4): 318-322.

10. Anton RF, Hogan I, Jalali B. Multiple family therapy and naltrexone in the treatment of opiate dependence. Drug Alcohol Depend 1981; 8(2): 157-168.

11. Armstrong H, Wilks C, McEvoy L, Russell M, Melville C. Group therapy for parents of youths with a conduct disorder. CMAJ 1994; 151(7): 939-944.

12. Arslan M, Kurt E, Eryildiz D, Yazici A, Can A, Emul M. Effects of a psychosocial rehabilitation program in addition to medication in schizophrenic patients: a controlled study. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2014; 24(4): 360-367.

13. Bailey AP, Parker AG, Colautti LA, Hart LM, Liu P, Hetrick SE. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. J Eat Disord 2014; 2: 5.

14. Bailly D. Psychotherapic interventions for bipolar disorder in children and adolescents [Französisch]. Encephale 2017; 43(1): 69-74.

15. Balasi N, Balasi Z, Zakerihamidi M, Afsordeh K. Evaluation emotionalchanges-mental infertility treatment and presenting strategy. Cell J 2014; 16: 27-28.

16. Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 2015; 30(4): 183-192.

17. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction 2010; 105(7): 1176-1189.

18. Banks R. Solution-focused group therapy. J Fam Psychother 2005; 16(1-2): 17-21.

19. Barbato A, D'Avanzo B. Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. Psychiatr Q 2008; 79(2): 121-132.

20. Barlow SH. Group therapy for victims of sexual abuse. Int J Group Psychother 2001; 51(1): 131-134.

21. Bass C, Apsche J. Update and review of mode deactivation therapy family and individual meta-analysis. Int J Behav Consult Ther 2014; 9(1): 39-42.

22. Bauer MS. An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorder. Psychopharmacol Bull 2001; 35(3): 109-134.

23. Benner-Davis S, Heaton PC. Attention deficit and hyperactivity disorder: controversies of diagnosis and safety of pharmacological and nonpharmacological treatment. Curr Drug Saf 2007; 2(1): 33-42.

24. Bentsen H. Does psychoeducational family intervention improve outcome of schizophrenia? [Norwegisch]. Tidsskr Nor Laegeforen 2003; 123(18): 2571-2574.

25. Bergh C, Callmar M, Danemar S, Holcke M, Isberg S, Leon M et al. Effective treatment of eating disorders: results at multiple sites. Behav Neurosci 2013; 127(6): 878-889.

26. Bergh C, Osgood M, Alters D, Maletz L, Leon M, Sodersten P. Viewpoints: how effective is family therapy for the treatment of anorexia nervosa? Eur Eat Disord Rev 2006; 14(6): 371-373.

27. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A. Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. Alcohol Clin Exp Res 2003; 27(10): 1645-1656.

28. Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. Br J Psychiatry 2008; 192(1): 5-11.

29. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ Clin Evid 2007: pii: 1005.

30. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. BMJ Clin Evid 2010: pii: 1005.

31. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2007; 190(2): 97-104.

32. Black DR, Gleser LJ, Kooyers KJ. A meta-analytic evaluation of couples weight-loss programs. Health Psychol 1990; 9(3): 330-347.

33. Bloch S, Harari E. Family therapy: conceptual, empirical and clinical aspects. Curr Opin Psychiatry 1990; 3(3): 359-367.

34. Bodell LP, Keel PK. Current treatment for anorexia nervosa: efficacy, safety, and adherence. Psychol Res Behav Manag 2010; 3: 91-108.

35. Boholst FA. Effects of transactional analysis group therapy on ego states and ego state perception. Transactional Analysis Journal 2003; 33(3): 254-261.

36. Bola JR, Lehtinen K, Aaltonen J, Rakkolainen V, Syvalahti E, Lehtinen V. Predicting medication-free treatment response in acute psychosis: cross-validation from the Finnish Need-Adapted Project. J Nerv Ment Dis 2006; 194(10): 732-739.

37. Boschen K, Gargaro J, Gan C, Gerber G, Brandys C. Family interventions after acquired brain injury and other chronic conditions: a critical appraisal of the quality of the evidence. NeuroRehabilitation 2007; 22(1): 19-41.

38. Bottlender M, Kohler J, Soyka M. Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschr Neurol Psychiatr 2006; 74(1): 19-31.

39. Bottomley A. Psychotherapy groups and cancer patient survival: chasing fool's gold? Eur J Cancer Care (Engl) 1998; 7(3): 192-196.

40. Boudreau R, Spry C, Banks R. Group therapy for adults with axis II disorders: a review of clinical effectiveness [online]. 19.11.2009 [Zugriff: 04.02.2016]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0138_Group_Therapy_Axis_II_final.pdf.

41. Bozeman BN. The efficacy of solution-focused therapy techniques on perceptions of hope in clients with depressive symptoms [Dissertation]. Mississippi College; 1999.

42. Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K et al. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. Health Technol Assess 2006; 10(35): iii, ix-xii, 1-117.

43. Briggs JR. Traveling indirect routes to enjoy the scenery: employing the metaphor in family therapy. J Fam Psychother 1992; 3(2): 39-52.

44. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. Gen Hosp Psychiatry 1995; 17(6): 414-424.

45. Bruggen P, Davies G. Family therapy in adolescent psychiatry. Br J Psychiatry 1977; 131(11): 433-447.

46. Budney AJ, Vandrey RG, Stanger C. Pharmacological and psychosocial interventions for cannabis use disorders [Portugiesisch]. Rev Bras Psiquiatr 2010; 32(Suppl 1): S46-S55.

47. Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39(3): 121-128.

48. Byrne M, Carr A, Clark M. The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. J Fam Ther 2004; 26(2): 105-125.

49. Campbell D, Sinha BK. Psychotherapy and chronic hemodialysis. Int J Adv Couns 1983; 6(1): 47-60.

50. Carra G, Clerici M, Cazzullo CL. Schizophrenia and psychosocial family intervention: a study on users' characteristics and one-year follow-up [Italienisch]. Epidemiol Psichiatr Soc 1995; 4(3): 212-226.

51. Chambless DL, Goldstein AJ, Gallagher R, Bright P. Integrating behavior therapy and psychotherapy in the treatment of agoraphobia. Psychotherapy (Chic) 1986; 23(1): 150-159.

52. Chapleau KM, Landsberger SA, Povlinski J, Diaz DR. Using paradoxical intention therapy to treat refractory nonepileptic events. Psychosomatics 2013; 54(4): 398-401.

53. Charlesworth GM. Reviewing psychosocial interventions for family carers of people with dementia. Aging Ment Health 2001; 5(2): 104-106.

54. Chun TH, Linakis JG. Interventions for adolescent alcohol use. Curr Opin Pediatr 2012; 24(2): 238-242, 283-284.

55. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. Infant Ment Health J 2008; 29(5): 514-536.

56. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom 1998; 67(1): 3-9.

57. Conte HR, Karasu TB. A review of treatment studies of minor depression: 1980-1991. Am J Psychother 1992; 46(1): 58-74.

58. Courtney J, Rose J. The effectiveness of treatment for male sex offenders with learning disabilities: a review of the literature. J Sex Aggress 2004; 10(2): 215-236.

59. Couturier JL, Kimber MS. Dissemination and implementation of manualized family-based treatment: a systematic review. Eat Disord 2015; 23(4): 281-290.

60. Cox GL, Merkel WT. A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. J Nerv Ment Dis 1989; 177(2): 77-84.

61. Craig M, Howard L. Postnatal depression. BMJ Clin Evid 2009: pii: 1407.

62. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry 1997; 28(2): 139-147.

63. Cuijpers P, Beurs DP, Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2012; 144(3): 183-190.

64. Cuijpers P, Clignet F, Meijel B, Straten A, Li J, Andersson G. Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2011; 31(3): 353-360.

65. Cuijpers P, Koole SL, Van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF 3rd. Psychotherapy for subclinical depression: meta-analysis. Br J Psychiatry 2014; 205(4): 268-274.

66. Cuijpers P, Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. Psychol Med 2010; 40(2): 211-223.

67. Cuijpers P, Straten A, Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract 2009; 59(559): e51-e60.

68. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24(2): 237-245.

69. Curtis N, Ronan K, Borduin CM. Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. J Fam Psychol 2004; 18(3): 411-419.

70. Davey MP, Kissil K, Lynch L, Harmon LR, Hodgson N. A culturally adapted family intervention for African American families coping with parental cancer: outcomes of a pilot study. Psychooncology 2013; 22(7): 1572-1580.

71. De Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. Hum Reprod 2005; 20(5): 1324-1332.

72. Del Carmen Salgueiro M, Kirszman D. multilevel intervention in the treatment of eating disorders: the role of the family [Spanisch]. Revista Argentina De Clinica Psicologica 2012; 21(2): 161-171.

73. Denton WH, Walsh SR, Daniel SS. Evidence-based practice in family therapy: adolescent depression as an example. J Marital Fam Ther 2002; 28(1): 39-45.

74. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: a 10-year update. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(9): 872-887.

75. Diaz Martinez LR, Murow E, Ortega H, Valencia M, Rascon ML, Ramirez I. The integral management of the schizophrenic patient: a model of the Mexican Institute of Psychiatry [Spanisch]. Salud Ment (Mex) 1996; 19(4): 1-7.

76. Drozdek B, Bolwerk N. Evaluation of group therapy with traumatized asylum seekers and refugees: the Den Bosch Model. Traumatology 2010; 16(4): 117-127.

77. Duckert K. Trial of group therapy of alcoholics in general practice [Norwegisch]. Tidsskr Nor Laegeforen 1959; 79: 1050-1054.

78. Dumka LE. Increasing the pleasure bond: sexual enhancement in marital therapy. J Fam Psychother 1992; 3(1): 1-18.

79. Dyregrov A. Early intervention: a family perspective. Adv Mind Body Med 2001; 17(3): 168-174.

80. Eakes G, Walsh S, Markowski M, Cain H, Swanson M. Family-centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. J Fam Ther 1997; 19(2): 145-158.

81. Eddy KT, Gray EK. Is seeking a panacea for anorexia nervosa a fool's errand? Long-term outcomes of family-based treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53(11): 1150-1152.

82. Edwards ME, Steinglass P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. J Marital Fam Ther 1995; 21(4): 475-509.

83. Eisler I. Aspects of family therapy. Curr Opin Psychiatry 1992; 5(3): 396-399.

84. Emanu J, Avildsen I, Starr T, Nelson C. Psychosocial intimacy support interventions for prostate cancer survivors and their partners. Psychooncology 2015; 24(Suppl 2): 176-177.

85. Engle B, MacGowan MJ. A critical review of adolescent substance abuse group treatments. J Evid Based Soc Work 2009; 6(3): 217-243.

86. Epstein NB, Vlok LA. Research on the results of psychotherapy: a summary of evidence. Am J Psychiatry 1981; 138(8): 1027.

87. Ernst E, Schmidt K, Baum M. Complementary/alternative therapies for the treatment of breast cancer: a systematic review of randomized clinical trials and a critique of current terminology. Breast J 2006; 12(6): 526-530.

88. Eshet I, Margalit A, Shalom J, Almagor G. The use of Short Family Therapy in Ambulatory Medicine (SFAT-AM) in Israel during the Gulf War. Fam Syst Med 1993; 11(2): 163-171.

89. Espina A, Gonzalez P. Family interventions in schizophrenia: changes of symptomatology and social adjustment [Spanisch]. Salud Ment (Mex) 2003; 26(1): 51-58.

90. Fabbri S. Family intervention approach to loss of clinical effect during antidepressant treatment. Psychother Psychosom 2004; 73(2): 124.

91. Fassino S, Piero A, Levi M, Gramaglia C, Amianto F, Leombruni P et al. Psychological treatment of eating disorders: a review of the literature. Panminerva Med 2004; 46(3): 189-198.

92. Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. J Psychosom Res 1998; 45(3): 191-200.

93. Feldstein SW, Miller WR. Substance use and risk-taking among adolescents. J Ment Health 2006; 15(6): 633-643.

94. Fichter MM. Diagnostik und Therapie anorektischer Essstörungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2006; 74(5): 284-294.

95. Fiorillo A, Sampogna G, Del Gaudio L, Luciano M, Del Vecchio V. Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: a review of the literature. Journal of Psychopathology 2013; 19(2): 134-142.

96. Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. Diabetes Educ 2007; 33(6): 1080-1103.

97. Fitzgerald RG. Mania as a message: treatment with family therapy and lithium carbonate. Am J Psychother 1972; 26(4): 547-554.

98. Florin I, Tuscher-Caffier B, Krause W, Pook M. Psychological therapy in idiopathic infertility: a stress reduction approach. In: Strauß B (Ed). Involuntary childlessness: psychological assessment, counseling, and psychotherapy. Ashland: Hogrefe & Huber; 2002. S. 63-78.

99. Fossum S, Handegard BH, Martinussen M, Morch WT. Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008; 17(7): 438-451.

100. Fountoulakis KN, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. J Affect Disord 2009; 113(1-2): 21-29.

101. Franz AP, Paim M, Moreno de Araujo R, De Oliveira Rosa V, Mendes Barbosa I, Blaya C et al. Treating refractory obsessive-compulsive disorder: what to do when conventional treatment fails? Trends Psychiatry Psychother 2013; 35(1): 24-35.

102. Friedemann ML. Evaluation of the Congruence Model with rehabilitating substance abusers. Int J Nurs Stud 1994; 31(1): 97-108.

103. Friedlander M. Addressing systemic challenges in couple and family therapy research: introduction to the special section. Psychother Res 2009; 19(2): 129-132.

104. Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L, Diamond GM. Alliance in couple and family therapy. Psychotherapy (Chic) 2011; 48(1): 25-33.

105. Fristad MA, MacPherson HA. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. J Clin Child Adolesc Psychol 2014; 43(3): 339-355.

106. Fritzsche K, Baumann K, Gotz-Trabert K, Schulze-Bonhage A. Dissociative seizures: a challenge for neurologists and psychotherapists. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(15): 263-268.

107. Frye MA, Prieto ML, Bobo WV, Kung S, Veldic M, Alarcon RD et al. Current landscape, unmet needs, and future directions for treatment of bipolar depression. J Affect Disord 2014; 169(Suppl 1): S17-S23.

108. Gabrovsek VP. Inpatient group therapy of patients with schizophrenia. Psychiatr Danub 2009; 21(Suppl 1): 67-72.

109. Gardner J, Wilkinson P. Is family therapy the most effective treatment for anorexia nervosa? Psychiatr Danub 2011; 23 (Suppl 1): S175-S177.

110. Garety P. Psychological treatments in schizophrenia: current evidence and future perspectives. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259(Suppl 1): S4.

111. Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, Hendrick S. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. Eat Weight Disord 2016; 21(1): 19-30.

112. Gervan S, Granic I, Solomon T, Blokland K, Ferguson B. Paternal involvement in Multisystemic Therapy: effects on adolescent outcomes and maternal depression. J Adolesc 2012; 35(3): 743-751.

113. Giblin P, Sprenkle DH, Sheehan R. Enrichment outcome research: a meta-analysis of premarital, marital and family interventions. J Marital Fam Ther 1985; 11(3): 257-271.

114. Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. J Am Board Fam Pract 2003; 16(5): 372-382.

115. Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 21(9): 715-737.

116. Glick ID. Medication and family therapy for schizophrenia and mood disorder. Psychopharmacol Bull 1992; 28(3): 223-225.

117. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. Pain 2010; 151(2): 280-295.

118. Gonzales AH, Bergstrom L. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2013; 26(2): 124-130.

119. Gorlow L, Butler A, Einig K, Smith J. An appraisal of self-attitudes and behavior following group psychotherapy with retarded young adults. Am J Ment Defic 1963; 67(6): 893-898.

120. Gould E, Glick ID. The effects of family presence and brief family intervention on global outcome for hospitalized schizophrenic patients. Fam Process 1977; 16(4): 503-510.

121. Greenberg G, Ganshorn K, Danilkewich A. Solution-focused therapy: counseling model for busy family physicians. Can Fam Physician 2001; 47: 2289-2295.

122. Griffith JL. Review of medical family therapy. Fam Syst Med 1994; 12(1): 87-89.

123. Guile JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents? Clin Neuropsychiatry 2005; 2(5): 277-282.

124. Haagen JFG, Smid GE, Knipscheer JW, Kleber RJ. The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: a metaregression analysis. Clin Psychol Rev 2015; 40: 184-194.

125. Hair HJ. Outcomes for children and adolescents after residential treatment: a review of research from 1993 to 2003. J Child Fam Stud 2005; 14(4): 551-575.

126. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction; part II: diagnosis, management, and prognosis. J Am Board Fam Pract 1992; 5(2): 177-192.

127. Hammerlid E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 120(4): 507-516.

128. Hawes DJ, Price MJ, Dadds MR. Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: a comprehensive review. Clin Child Fam Psychol Rev 2014; 17(3): 248-267.

129. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. Int J Eat Disord 2013; 46(5): 462-469.

130. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry 2014; 48(11): 977-1008.

131. Heekerens HP. Familientherapie auf dem Prüfstand: was taugt der neue Behandlungsansatz bei Problemen des Kindes- und Jugendalters? Acta Paedopsychiatr 1991; 54(1): 56-67.

132. Heiney SP, Ruffin J, Ettinger R, Ettinger S. The effects of group therapy on adolescents with cancer. J Assoc Pediatr Oncol Nurses 1984; 1(4): 16.

133. Helps S. Systemic psychotherapy with families where someone has an autism spectrum condition. NeuroRehabilitation 2016; 38(3): 223-230.

134. Herguner S. Different approaches for treatment of social anxiety in adolescents. Klinik Psikofarmakol Bülteni 2013; 23(Suppl 1): S22.

135. Hesse. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs treatment for substance use alone: a systematic review of the published literature. BMC Psychiatry 2009; 9: 6.

136. Hoag MJ, Burlingame GM. Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: a meta-analytic review. J Clin Child Psychol 1997; 26(3): 234-246.

137. Hoch E, Petersen K, Kopp I, Batra A, Mann K. Methodik der S3-Leitlinien für alkohol- und tabakbezogene Störungen. Nervenarzt 2016; 87(1): 6-12.

138. Hodes M, Eisler I, Dare C. Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: a review. J R Soc Med 1991; 84(6): 359-362.

139. Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. Depress Anxiety 2010; 27(10): 891-932.

140. Holmbeck GN, Greenley RN, Coakley RM, Greco J, Hagstrom J. Family functioning in children and adolescents with spina bifida: an evidence-based review of research and interventions. J Dev Behav Pediatr 2006; 27(3): 249-277.

141. Holmes J. Supportive psychotherapy: the search for positive meanings. Br J Psychiatry 1995; 167(4): 439-445.

142. Hsiao FH, Yang TT, Chen CC, Tsai SY, Wang KC, Lai YM et al. The comparison of effectiveness of two modalities of mental health nurse follow-up programmes for female outpatients with depression in Taipei, Taiwan. J Clin Nurs 2007; 16(6): 1141-1150.

143. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo M, Campbell S, Whitelaw M et al. Implementation of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. J Pediatr Health Care 2014; 28(4): 322-330.

144. Jans T, Hemminger U, Wewetzer C. Der Verlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: eine Literaturübersicht. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2003; 31(3): 187-201.

145. Jones SL. Family, marital, and couples therapy: a comparison. Arch Psychiatr Nurs 1990; 4(3): 145-146.

146. Kanas N. Group therapy for patients with chronic psychotic disorders. Int J Group Psychother 1999; 49(3): 413-416.

147. Kanas N. Group therapy for bipolar patients. Int J Group Psychother 2004; 54(3): 419-425.

148. Kanas N. Group therapy for patients with chronic trauma-related stress disorders. Int J Group Psychother 2005; 55(1): 161-165.

149. Kanas N. Group therapy for caregivers of patients with Alzheimer's disease. Int J Group Psychother 2006; 56(4): 505-509.

150. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. Clin Psychol Rev 1999; 19(3): 275-296.

151. Katz AJ, De Krasinski M, Philip E, Wieser C. Change in interactions as a measure of effectiveness in short term family therapy. Fam Ther 1975; 2(1): 31-56.

152. Keilty K, Stremler R. A review of sleep promoting interventions in family caregivers. Sleep Med 2011; 12(Suppl 1): S44.

153. Kelsberg G, St. Anna L. What are effective treatments for oppositional defiant behaviors in adolescents? J Fam Pract 2006; 55(10): 911-913.

154. Ketring SA, Springer P. Behind the mirror intervention in family therapy. J Fam Psychother 2004; 15(4): 89-93.

155. Koch H. Changes in personal construing in three psychotherapy groups and a control group. Br J Med Psychol 1983; 56(3): 245-254.

156. Kolaitis G, Pomini V, Tomaras V, Maratos O, Layiou Lignos E, Tsiantis J. Psychodynamic and family psychotherapy for young people with major depression: preliminary findings on their psychosocial adjustment. In: Trowell J, Miles G (Ed). Childhood depression: a place for psychotherapy. London: Karnac Books; 2011. S. 221-225.

157. Kosters M, Burlingame GM, Nachtigall C, Strauss B. A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. Group Dyn 2006; 10(2): 146-163.

158. Kraft S, Schepker R, Goldbeck L, Fegert JM. Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen: eine Übersicht empirischer Wirksamkeitsstudien. Nervenheilkunde 2006; 25(9): 709-716.

159. Kuehner C. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2009; 66(8): 915.

160. Kuipers E, Bebbington P, Pilling S, Orbach G. Family intervention in psychosis: who needs it? Epidemiol Psichiatr Soc 1999; 8(3): 169-173.

161. Kumar S, Kaloiya G. Psychosocial interventions in tobacco use and dependance: a review. Indian J Psychiatry 2015; 57(Suppl): S101-S102.

162. Kunzer MB. Structural family therapy with chronic pain patients. Issues Ment Health Nurs 1986; 8(3): 213-222.

163. L'Abate L. Of clocks and rubber bands: on the use of props in family therapy. J Fam Psychother 1996; 7(4): 73-77.

164. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. J Couns Psychol 2015; 62(1): 28-37.

165. Landreville P, Bedard A, Verreault R, Desrosiers J, Champoux N, Monette J et al. Non-pharmacological interventions for aggressive behavior in older adults living in long-term care facilities. Int Psychogeriatr 2006; 18(1): 47-73.

166. Langstrom N, Enebrink P, Lauren EM, Lindblom J, Werko S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. BMJ 2013; 347(1): f4630.

167. Le Grange D, Lock J. The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2005; 37(2): 79-91.

168. Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. Drug Alcohol Rev 2015; 34(6): 663-672.

169. Lehmkuhl G, Bonney H, Lehmkuhl U. Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? Auswirkungen auf den Beurteilungsprozess von Familienmitgliedern und Therapeuten. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1985; 34(2): 32-37.

170. Lehtinen V, Alanen YO, Aaltonen J, Lehtinen K, Rakkolainen V. Family intervention as an essential part of the treatment of new schizophrenic patients: experiences from Finland. Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences 1999; 9(3): 77-80.

171. Leibetseder M, Laireiter AR, Vierhauser M, Hittenberger B. Die Wirksamkeit psychologischer und psychopharmakologischer Interventionen bei pathologischem Glücksspiel: eine Metaanalyse. Sucht 2011; 57(4): 275-285.

172. Lewandowski L, Buchkremer G, Stark M. Das Gruppenklima und die Therapeut-Patient-Beziehung bei zwei Gruppentherapiestrategien fur schizophrene Patienten: ein Beitrag zur Klärung differentieller Therapieeffekte. Psychother Psychosom Med Psychol 1994; 44(3-4): 115-121.

173. Liebherz S, Rabung S. Do patients' symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany? A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014; 9(8): e105329.

174. Liederman PC, Green R, Liederman VR. Outpatient group therapy with geriatric patients. Geriatrics 1967; 22(1): 148-153.

175. Liedtke R, Jager B, Lempa W, Kunsebeck HW, Grone M, Freyberger H. Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study. Psychother Psychosom 1991; 56(1-2): 56-63.

176. Linville D, Hertlein KM, Lyness AMP. Medical family therapy: reflecting on the necessity of collaborative healthcare research. Fam Syst Health 2007; 25(1): 85-97.

177. Liu P, Parker A, Hetrick S, Purcell R. Evidence mapping for early psychotic disorders in young people. Schizophr Res 2010; 117(2-3): 438-439.

178. Lock J. Treatment of adolescent eating disorders: progress and challenges. Minerva Psichiatr 2010; 51(3): 207-216.

179. Lolich M, Vazquez GH, Alvarez LM, Tamayo JM. Psychosocial interventions in bipolar disorder: a review. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(2): 84-92.

180. Lucas AR, Sim LA, Sadowski CM, Whiteside SP, Wells LA, Ishida Y. Family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa (multiple letters). Mayo Clin Proc 2005; 80(3): 434-435.

181. Luders W. Psychoanalyse versus Familientherapie. Psyche (Stuttg) 1983; 37(5): 462-469.

182. Ma ZF, Li XL, Liu QH, Zhan LY, Gong YX. Effect of individual system family intervention on the family and social functions in patients with schizophrenia: a randomized control study [Chinesisch]. Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 2004; 8(30): 6591-6593.

183. Macdonald AJ. Solution-focused brief therapy. Adv Psychiatr Treat 2002; 8(4): 316.

184. Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2012; 27(4): 281-284.

185. Mansfield AK, Dealy JA, Keitner GI. Family interventions for bipolar disorder: a review of the literature. Neuropsychiatry 2012; 2(3): 231-238.

186. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. Psychol Med 1994; 24(3): 565-578.

187. Martsolf DS, Draucker CB. Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. Issues Ment Health Nurs 2005; 26(8): 801-825.

188. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1(5): 368-376.

189. McCabe BE, Feaster DJ, Mitrani VB. Health correlates of co-occurring substance use for women with HIV in cocaine use recovery. Addict Behav 2014; 39(3): 725-728.

190. McCombie AM, Mulder RT, Gearry RB. Psychotherapy for inflammatory bowel disease: a review and update. J Crohns Colitis 2013; 7(12): 935-949.

191. McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. Br J Psychiatry 2008; 193(6): 438-443.

192. McDermott BM, Jaffa T. Eating disorders in children and adolescents: an update. Curr Opin Psychiatry 2005; 18(4): 407-410.

193. McGorry P. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39(1-2): 1-30.

194. McQueeney DA, Stanton AL, Sigmon S. Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. J Behav Med 1997; 20(4): 313-331.

195. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2002; 22(2): 247-269.

196. Miklowitz DJ, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. Bipolar Disord 2009; 11(Suppl 2): 110-122.

197. Miller JK. Introduction to the special issue on marriage and family therapy in China. J Fam Psychother 2012; 23(3): 169-172.

198. Mitchell JE, Roerig J, Steffen K. An update on treatment strategies for bulimia nervosa. In: Stein D, Latzer Y (Ed). Treatment and recovery of eating disorders. Hauppauge: Nova Science Publishers; 2012. S. 27-39.

199. Miziou S, Tsitsipa E, Moysidou S, Karavelas V, Dimelis D, Polyzoidou V et al. Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. Ann Gen Psychiatry 2015; 14: 19.

200. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. Schizophr Bull 1998; 24(4): 569-587.

201. Morgan T, Cummings AL. Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. J Consult Clin Psychol 1999; 67(1): 28-36.

202. Mujoomdar M, Spry C. Group therapy for anxiety: a review of the clinical effectiveness [online]. 10.11.2009 [Zugriff: 04.02.2016]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L_0137_Group_Therapy_for_Anxiety_final.pdf.

203. Murphy G, Spry C. Group therapy for mood disorders: a review of the clinical effectiveness [online]. 09.11.2009 [Zugriff: 04.02.2016]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0139_Group_Therapy_Mood_Disorder_final.pdf.

204. Myers MF. Marital therapy. Can J Psychiatry 1996; 41(7): 419-420.

205. Nadelson T. Journey of healing: an outpatient therapy group for war-related PTSD. Psychiatr Serv 1999; 50(5): 627-628.

206. Nagayama Hall GC. Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. J Consult Clin Psychol 1995; 63(5): 802-809.

207. Napa W, Tungpunkom P, McCann TV. The effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2014; 12(4): 3-16.

208. Narayanan HS. Experiences with group and family therapy in India. Int J Group Psychother 1977; 27(4): 517-519.

209. Nisbet Wallis DA. Reduction in trauma symptoms following group therapy. Aust N Z J Psychiatry 2002; 36(1): 67-74.

210. Nordholm D, Nielsen B. Personality disorders among danish alcoholics attending outpatient treatment. Eur Addict Res 2007; 13(4): 222-229.

211. Norman KR, Silverman WK, Lebowitz ER. Family accommodation of child and adolescent anxiety: mechanisms, assessment, and treatment. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2015; 28(3): 131-140.

212. O'Brien CP. Group therapy for schizophrenia: a practical approach. Schizophr Bull 1975; (13): 119-130.

213. O'Driscoll E. Group therapy. Occup Health (Lond) 2005; 57(4): 21-22.

214. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment: an update. Recent Dev Alcohol 2001; 15: 329-356.

215. Ogundipe LO. Is couple therapy better than antidepressant drugs. Br J Psychiatry 2001; 178(2): 181.

216. Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: a comparison with everyday conversation approaches. Psychogeriatrics 2008; 8(3): 124-133.

217. O'Meara S, Glenny AM, Sheldon T, Melville A, Wilson C. Systematic review of the effectiveness of interventions used in the management of obesity. J Hum Nutr Diet 1998; 11(3): 203-206.

218. Orval J. Trial of group therapy aimed at the assumption of sociocultural behavior patterns in difficult children and adolescents [Französisch]. Acta Psychiatr Belg 1973; 73(5): 620-629.

219. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: self-harm in adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2012; 53(4): 337-350.

220. Pachalska M. Group therapy for aphasia patients. Aphasiology 1991; 5(6): 541-554.

221. Parikh SV, Kusumakar V, Haslam DR, Matte R, Sharma V, Yatham LN. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder. Can J Psychiatry 1997; 42(Suppl 2): 74S-78S.

222. Pascual-Lledo JF, De la Cruz-Amoros E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sanchez MR, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Smoking cessation after 12 months follow-up at a smoking cessation unit [Spanisch]. Med Clin (Barc) 2006; 126(16): 601-606.

223. Paul NL. Effects of playback on family members of their own previously recorded conjoint therapy material. Psychiatr Res Rep Am Psychiatr Assoc 1966; 20: 175-187.

224. Payne KT, Marcus DK. The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: a meta-analysis. Group Dyn 2008; 12(4): 268-278.

225. Peled-Ney R, Silverberg DS, Rosenfeld JB. A controlled study of group therapy in essential hypertension. Isr J Med Sci 1984; 20(1): 12-15.

226. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 1996; 153(5): 607-617.

227. Perepletchikova F, Krystal JH, Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49(11): 1131-1154.

228. Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry 1999; 156(9): 1312-1321.

229. Petry NM, Armentano C. Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. Psychiatr Serv 1999; 50(8): 1021-1027.

230. Piercy F, Limansubroto C, Burg J, Ludes J, Stander V, Leiro C et al. Families training therapists: the voluntary family exploration interview. J Fam Psychother 1992; 3(3): 41-54.

231. Pike CL, Piercy FP. Cost effectiveness research in family therapy. J Marital Fam Ther 1990; 16(4): 375-388.

232. Pinquart M, Sorensen S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? J Ment Health Aging 2001; 7(2): 207-243.

233. Pitschel-Walz G, Bäuml J. Psychotherapie bei Schizophrenien: Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit. Psychiatr Prax 2007; 34(Suppl 1): S28-S32.

234. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull 2001; 27(1): 73-92.

235. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. Depress Anxiety 2009; 26(12): 1086-1109.

236. Porter S, Kelly KA, Grame CJ. Family treatment of spouses and children of patients with multiple personality disorder. Bull Menninger Clin 1993; 57(3): 371-379.

237. Possel P, Hautzinger M. Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2006; 34(4): 243-253.

238. Powell K. What does the literature say about family therapy in the school setting? A content analysis [Dissertation]. Texas Woman's University; 2011.

239. Provencher MD, Hawke LD, Thienot E. Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. J Affect Disord 2011; 133(3): 371-380.

240. Rademacher J, Lehmann W, Menzel D, Lampe R. Zähmung des Zorns: Effekte Systemischer Einzeltherapie bei gewalttätigem Verhalten. Familiendynamik 2013; 38(4): 308-321.

241. Radochonski M. Family therapy following loss of sight in an adult member. Polish Psychological Bulletin 1988; 19(2): 167-171.

242. Ragsdale KG, Cox RD, Finn P, Eisler RM. Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: a role for adventure-based counseling and psychodrama. J Trauma Stress 1996; 9(2): 269-283.

243. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. Psychother Psychosom 2002; 71(1): 2-10.

244. Resick PA, Jordan CG, Girelli SA, Hutter CK, Marhoefer-Dvorak S. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. Behav Ther 1988; 19(3): 385-401.

245. Retzlaff R, Von Sydow K, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. Fam Process 2013; 52(4): 619-652.

246. Reuss NH. The nightmare question: problem talk in solution-focused brief therapy with alcoholics and their families. J Fam Psychother 1997; 8(4): 71-76.

247. Rieger W. A proposal for a trial of family therapy and conjugal visits in prison. Am J Orthopsychiatry 1973; 43(1): 117-122.

248. Robin AL. Family therapy for adolescents with ADHD. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2014; 23(4): 747-756.

249. Rodin G, Katz M, Lloyd N, Green E, Mackay JA, Wong RK. Treatment of depression in cancer patients. Curr Oncol 2007; 14(5): 180-188.

250. Romijn CM, Platt JJ, Schippers GM. Family therapy for Dutch drug abusers: replication of an American study. Int J Addict 1990; 25(10): 1127-1149.

251. Roozen HG, Waart R, Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction 2010; 105(10): 1729-1738.

252. Rosner R, Lumbeck G, Geissner E. Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder. Psychother Res 2011; 21(2): 210-218.

253. Rotthaus W. Familientherapie oder systemische Therapie: ein Plädoyer für begriffliche Klarheit. Z Kinder Jugenpsychiatr 1989; 17(1): 37-41.

254. Rubinstein D. Family therapy. Prog Neurol Psychiatry 1970; 25: 372-384.

255. Rutherford L, Couturier J. A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 16(4): 153-157.

256. Safier EJ. New directions in family therapy. Bull Menninger Clin 1992; 56(1): 33-47.

257. Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T et al. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: current state of the research. J Affect Disord 2016; 201: 203-214.

258. Salo J, Punamaki RL, Qouta S, El Sarraj E. Individual and group treatment and self and other representations predicting posttraumatic recovery among former political prisoners. Traumatology 2008; 14(2): 45-61.

259. Sanchez Garcia M. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy in patients with anxiety disorders. Psychology in Spain 2004; 8(1): 89-97.

260. Santis R, Hidalgo CG, Jaramillo A, Hayden V, Armijo I, Lasagna A. A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: pre- versus post-treatment comparison. J Subst Abuse Treat 2013; 44(1): 61-70.

261. Schaeffer DS. Effects of frequent hospitalization on behavior of psychotic patients in multiple family therapy program. J Clin Psychol 1969; 25(1): 104-105.

262. Scheese CH, Supiano KP. Learning from grief: group therapy in a simulation center. Nurs Manag (Harrow) 2013; 44(2): 32-37.

263. Schilson E, Braun K, Hudson A. Use of genograms in family medicine: a family physician/family therapist collaboration. Fam Syst Med 1993; 11(2): 201-208.

264. Schindler R. Die Veränderung psychotischer Langzeitverläufe nach Psychotherapie. Psychiatr Clin (Basel) 1980; 13(3-4): 206-216.

265. Schmid AH, Rouslin M. Integrative outpatient group therapy for discharged elderly psychiatric inpatients. Gerontologist 1992; 32(4): 558-560.

266. Schooler NR. The efficacy of antipsychotic drugs and family therapies in the maintenance treatment of schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 1986; 6(1 Suppl): 11S-19S.

267. Schwartz S. Group therapy, social competence, and hospital stay. Arch Gen Psychiatry 1968; 18(5): 559-561.

268. Scott RW, Mughelli K, Deas D. An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. J Natl Med Assoc 2005; 97(1): 13-24.

269. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. J Affect Disord 2007; 101(1-3): 75-89.

270. Shadish WR, Baldwin SA. Meta-analysis of MFT interventions. In: Sprenkle DH (Ed). Effectiveness research in marriage and family therapy. Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy; 2002. S. 339-370.

271. Shadish WR, Baldwin SA. Meta-analysis of MFT interventions. J Marital Fam Ther 2003; 29(4): 547-570.

272. Shadish WR, Doherty M, Montgomery LM. How many studies are in the file drawer? An estimate from the family/marital psychotherapy literature. Clin Psychol Rev 1989; 9(5): 589-603.

273. Shadish WR, Ragsdale K, Glaser R, Montgomery LM. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis. J Marital Fam Ther 1995; 21(4): 345-360.

274. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. Psychosom Med 1996; 58(2): 165-182.

275. Shi L. Promoting empathy in couple therapy using the one-way mirror. J Fam Psychother 2006; 17(3-4): 175-180.

276. Silverman WK, Pina AA. Psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in youth. In: Steele RG, Elkin TD, Roberts MC (Ed). Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: bridging science and practice. New York: Springer; 2008. S. 65-82.

277. Smith BH, Waschbusch DA, Willoughby MT, Evans S. The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Clin Child Fam Psychol Rev 2000; 3(4): 243-267.

278. Smith CW, Renter SG. The play is the thing: using self-constructed board games in family therapy. J Fam Psychother 1997; 8(3): 67-72.

279. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological counselling in problematic diabetes: does it help? Diabet Med 2002; 19(4): 265-273.

280. Snyder M. The relationship enhancement model of family therapy: a systematic eclectic approach. J Fam Psychother 1991; 2(4): 1-26.

281. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Gerontologist 2002; 42(3): 356-372.

282. Soyka M, Preuss U, Schuetz C. Use of acamprosate and different kinds of psychosocial support in relapse prevention of alcoholism: results from a non-blind, multicentre study. Drugs R D 2002; 3(1): 1-12.

283. Sperry L. Contemporary approaches to family therapy: a comparative and meta-analysis. Individ Psychol 1986; 42(4): 591-601.

284. Sprenger DL, Josephson AM. Integration of pharmacotherapy and family therapy in the treatment of children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37(8): 887-889.

285. Stagoll B. Aspects of family therapy. Curr Opin Psychiatry 1993; 6(3): 343-347.

286. Stams GJ, Dekovic M, Buist K, De Vries L. Efficacy of solution-focused brief therapy: a meta-analysis [Niederländisch]. Gedragstherapie 2006; 39(2): 81-94.

287. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychol Bull 1997; 122(2): 170-191.

288. Starling BP, Martin AC. Improving marital relationships: strategies for the family physician. J Am Board Fam Pract 1992; 5(5): 511-516.

289. Stewart CL, Wrobel TA. Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies. Mil Med 2009; 174(5): 460-469.

290. Stith SM, Rosen KH, McCollum EE, Thomsen CJ. Treating intimate partner violence within intact couple relationships: outcomes of multi-couple versus individualcouple therapy. J Marital Fam Ther 2004; 30(3): 305-318.

291. Struzzo P, Fumato R, Tillati S, Cacitti A, Gangi F, Stefani A et al. Individual empowerment in overweight and obese patients: a study protocol. BMJ Open 2013; 3: e002669.

292. Sundet R. Family therapy within the care of addicts in Nordic countries: family therapy; from alteration of pattern and structure to integration of new theories [Norwegisch]. NAD Publication 1993; (25): 103-113.

293. Sveinbjarnardottir EK, Svavarsdottir EK, Wright LM. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. Int J Nurs Stud 2013; 50(5): 593-602.

294. Swartz HA. Family-focused therapy study raises new questions. Am J Psychiatry 2014; 171(6): 603-606.

295. Swartz HA, Swanson J. Psychotherapy for bipolar disorder in adults: a review of the evidence. Focus (Am Psychiatr Publ) 2014; 12(3): 251-266.

296. Talbot NL, Duberstein PR, Butzel JS, Cox C, Giles DE. Personality traits and symptom reduction in a group treatment for women with histories of childhood sexual abuse. Compr Psychiatry 2003; 44(6): 448-453.

297. Taylor BA. Promoting paternal involvement: group therapy with immigrant Latino fathers. J Fam Psychother 2006; 17(1): 83-88.

298. Taylor L. A thumbnail map for solution-focused brief therapy. J Fam Psychother 2005; 16(1-2): 27-33.

299. Thomas JC. An overview of marital and family treatments with substance abusing populations. Alcohol Treat Q 1989; 6(3-4): 91-102.

300. Thomasius R, Schindler A. Rückfälle wahrend der Therapie: Anmerkungen aus familientherapeutischer Sicht. Sucht 2002; 48(6): 447-450.

301. Thompson DS, Shear MK. Psychiatric disorders and gynecological oncology: a review of the literature. Gen Hosp Psychiatry 1998; 20(4): 241-247.

302. Thorpe CT, Fahey LE, Johnson H, Deshpande M, Thorpe JM, Fisher EB. Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. Diabetes Educ 2013; 39(1): 33-52.

303. Tolan P. The impact of therapist outcome conception on child and adolescent family therapy. J Fam Psychother 1991; 1(4): 61-78.

304. Toren P, Bregman BL, Zohar-Reich E, Ben-Amitay G, Wolmer L, Laor N. Sixteen-session group treatment for children and adolescents with parental alienation and their parents. Am J Fam Ther 2013; 41(3): 187-197.

305. Treasure J, Rhind C, Macdonald P, Todd G. Collaborative care: the new Maudsley Model. Eat Disord 2015; 23(4): 366-376.

306. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. Br J Psychiatry 2011; 199(1): 5-7.

307. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. Can J Psychiatry 2014; 59(11): 576-585.

308. Turner W, Macdonald G. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people: a systematic review. Res Soc Work Pract 2011; 21(5): 501-527.

309. Ullmann LP, Krasner L, Collins BJ. Modification of behavior through verbal conditioning: effects in group therapy. J Abnorm Soc Psychol 1961; 62(1): 128-132.

310. Vallarino M, Henry C, Etain B, Gehue LJ, Macneil C, Scott EM et al. An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. Lancet Psychiatry 2015; 2(6): 548-563.

311. Van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. Acta Psychiatr Belg 1988; 88(5-6): 405-418.

312. Vogelgesang M. DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. Rehabilitation (Stuttg) 2011; 50(5): 292-297.

313. Von Soden K. Kindertherapie, Erwachsenentherapie und die Bedeutung der Familientherapie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1978; 27(6): 197-201.

314. Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. J Child Sex Abus 2004; 13(3-4): 281-293.

315. Wallis DA. Reduction of trauma symptoms following group therapy. Aust N Z J Psychiatry 2002; 36(1): 67-74.

316. Weiss RD, Jaffee WB, De Menil VP, Cogley CB. Group therapy for substance use disorders: what do we know? Harv Rev Psychiatry 2004; 12(6): 339-350.

317. Wells L, Heiney SP, Cannon B, Ettinger R, Ettinger S. The effects of group therapy on parents of children with cancer. J Assoc Pediatr Oncol Nurses 1987; 4(1-2): 41.

318. Wells RA, Dilkes TC, Trivelli N. The results of family therapy: a critical review of the literature. Fam Process 1972; 11(2): 189-207.

319. Wesley S, Waring EM. A critical review of marital therapy outcome research. Can J Psychiatry 1996; 41(7): 421-428.

320. Wettersten KB, Lichtenberg JW, Mallinckrodt B. Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy. Psychother Res 2005; 15(1-2): 35-43.

321. Whitbread J, McGown A. The treatment of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. Indian J Clin Psychol 1994; 21(2): 32-44.

322. Wiggins JD, Muehleisen JH. A comparison of two approaches to counseling couples in distress. American Mental Health Counselors Association Journal 1986; 8(3): 138-148.

323. Williams H, Tanabe P. Sickle cell disease: a review of nonpharmacological approaches for pain. J Pain Symptom Manage 2016; 51(2): 163-177.

324. Williams RJ, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clinical Psychology: Science and Practice 2000; 7(2): 138-166.

325. Wilson PG. Marital/family versus individual therapy: a meta-analysis [Dissertation]. Memphis State University; 1993.

326. Wunderlich U, Wiedemann G, Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Verhaltenstherapie 1996; 6(1): 4-13.

327. Youssef FA. Crisis intervention: a group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients. J Adv Nurs 1984; 9(3): 307-313.

328. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. J Adv Nurs 2005; 51(4): 369-381.

329. Zanetti O, Frisoni GB, De Leo D, Dello Bueno M, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality orientation therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1995; 9(3): 132-138.

330. Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? Can J Psychiatry 2007; 52(1): 14-21.

331. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. World Psychiatry 2015; 14(2): 207-222.

E6

1. Butler S, Baruch G, Hickey N, Fonagy P. A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50(12): 1220-1235.e1222.

2. Costa A, Melina F, Sansalone A, Iannacchero R. Evidence based psychological treatments in pain management: a review of controlled and randomized trials about chronic headache, neuropathic pain and fibromyalgia. J Headache Pain 2015; 16(Suppl 1): A151.

3. Cullen TJ. Group therapy with the mentally retarded: effects of control and intimacy. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1986; 47(5-B): 2155.

4. Dunn RL. A meta-analytic review of marital therapy outcome research: general and comparative analyses. Dissertation Abstracts International B: The Sciences and Engineering 1994; 54(11-B): 5940.

5. Elkjaer H, Kristensen E, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M. Analytic and systemic incest group psychotherapy: five-year follow-up of a randomized trial. Eur Psychiatry 2010; 25(Suppl 1): 1392.

6. Goorden M, Van der Schee E, Hendriks VM, Hakkaart-van Roijen L. Cost-effectiveness of multidimensional family therapy for adolescents with a cannabis use disorder. J Ment Health Policy Econ 2015; 18(Suppl 1): S17.

7. Hodgkinson B, Evans D, O'Donnell A, Nicholson J, Walsh K. The effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. Adelaide: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2000.

8. Hodgkinson B, Evans D, O'Donnell A, Walsh K. Comparing the effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of depression: systematic review. Adelaide: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 1999.

9. Lau M, Kristensen E. Group milieu in systemic and analytic group therapy. Eur Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): P-1157.

10. Lindfors O, Knekt P, Renlund C. Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in depression and anxiety disorders. In: 34th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research; 25.-29.06.2003; Weimar, Deutschland. Ulm: Ulmer Textbank; 2003. S. 98-99.

11. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H. Comparing a trauma focused and non trauma focused intervention with war affected Congolese youth: a preliminary randomised trial. Intervention 2015; 13(1): 28-44.

12. Scott J. An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorders. Bipolar Disord 2015; 17(Suppl 1): 43.

13. Sinnaeve R, Van den Bosch LM, Van Steenbergen-Weijenburg KM. Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder: a systematic review of measures and efficacy. Personal Ment Health 2015; 9(3): 173-194.

14. Vella M, Scalici Gesolfo C, Scaduto G, Gambino G, Abbadessa D, Falgares G et al. Premature ejaculation: comparison of treatment; pharmacotherapy vs pharmacotherapy in association with group psychotherapy vs group psychotherapy. European Urology Supplements 2015; 14(2): e246.

15. Walling AD. Which treatments are effective for reducing adolescent alcohol abuse? Am Fam Physician 2010; 82(5): 532-534.

16. Zrenchik K. Two appreciations: a couples therapy intervention to enhance intimacy and relational satisfaction. J Fam Psychother 2015; 26(1): 74-80.

E7

1. Joutsenniemi K, Lindfors O, Laaksonen M, Haaramo P, Knekt P. Prediction of demographic factors on the outcome of short- and long-term psychotherapy. Eur Psychiatry 2009; 24(Suppl 1): S1051.

2. Kim JS. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis using random effects modeling [Dissertation]. University of Texas at Austin: 2006.

3. Knekt P, Jääskeläinen T, Virtala E, Harkanen T, Laaksonen M, Lindfors O. Long-term effectiveness of long- and short-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. Eur Psychiatry 2013; 28(Suppl 1): Abstract 955.

4. Knekt P, Lindfors O. A randomized trial of the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. In: Joint Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research; 02.-05.03.2005; Lausanne, Schweiz; book of abstracts. Ulm: Ulmer Textbank; 2005. S. 36.

5. Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Harkanen T, Sares-Jaske L, Laaksonen MA. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy during a 7-year follow-up. Eur Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): Abstract P-1153.

6. Lindfors O, Knekt P, Marttunen M, Mikkola M. Determinants of remission from depression following short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. In: Joint Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research; 02.-05.03.2005; Lausanne, Schweiz; book of abstracts. Ulm: Ulmer Textbank 2005. S. 59. URL: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/351/CN-00596351/frame.html.

7. Lindfors O, Knekt P, Mikkola M. Effectiveness of solution-focused therapy and short-term psychodynamic psychotherapy on self-concept improvement in a 3-year follow-up. In: 37th International Meeting of the Society for Psychotherapy Research: from research to practice; 21.-24.06.2006; Edinburgh, Schottland; book of abstracts. Ulm: Ulmer Textbank; 2006. S. 161.

8. Maljanen T, Harkanen T, Virtala E, Lindfors O, Tillman P, Knekt P. Cost-utility of two short-term psychotherapies in the treatment of depressive and anxiety disorders during a three-year follow-up. Value Health 2013; 16(3): A62.

9. Maljanen T, Tillman P, Lindfors O, Virtala E, Laaksonen MA, Knekt P et al. Comparing the costs and effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorders during a three-year follow-up. J Ment Health Policy Econ 2011; 14(Suppl 1): S20-S21.

10. Okpokoro U, Sampson S. Brief family intervention for schizophrenia. Schizophr Bull 2014; 40(3): 497-498.

11. Vogelaar L, Van 't Spijker A, Timman R, Van Tilburg AJP, Bac D, Kuipers EJ et al. Fatigue in IBD patients decreases with psychotherapy: results of a randomized controlled trial. Gastroenterology 2013; 144(5 Suppl 1): S227-S228.

12. Vogelaar L, Van't Spijker A, Timman R, Van Tilburg A, Bac D, Kuipers EJ et al. Fatigue in IBD patients decreases with psychotherapy: results of a randomized controlled trial. J Crohns Colitis 2013; 7(Suppl 1): S211-S212.

A6.4 Liste der ausgeschlossenen Dokumente aus den durch den G-BA übermittelten Dokumenten

E1

1. Coulter S. systemic family therapy for families who have experienced trauma: a randomised controlled trial. Br J Soc Work 2010; 41(3): 502-519.

2. Pölz T. Studie zur Wirksamkeit lösungsorientierter systemischer Fragetechniken in der Online-Selbsthilfe [Masterarbeit]. Wien: ARGE Bildungsmanagement; 2009. URL: http://www.auditem.com/Studie.pdf.

3. Sternath B, Trachsel M. Hilft Familienrekonstruktion? Eine katamnestische Untersuchung zur Wirksamkeit von Familienrekonstruktion am ZSB Bern [Seminararbeit]. Bern: Universität; 2005. URL: http://www.humanpsychology.ch/wp-content/uploads/2011/02/familienrekonstruktion.pdf.

E2

1. Asen E, Fonagy P. Mentalization-based therapeutic interventions for families. J Fam Ther 2012; 34(4): 347-370.

E5

1. Dare C, Eisler I. Family therapy. In: Szmukler C, Dare C, Treasure J (Ed). Eating disorders: handbook for theory, treatment and research. Chichester: Wiley; 1995. S. 333-349.

2. Diamond G, Siqueland L. Current status of family intervention science. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2001; 10(3): 641-661.

3. Fonagy P, Roth A. Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Psychotherapeutenjournal 2004; 3(4): 300-314.

4. Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe; 1994.

5. Grünwald H, Stauffacher K, Kiss A, Ostafin-Hermann C, Liechti J. Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie bei Anorexie: eine Praxisstudie zur Wirksamkeit der systemisch orientierten Therapie im ambulanten Setting. Familiendynamik 2013; 38(1): 52-61.

6. Grünwald H, Stöcklin M, Von Massenbach K. Nachhaltigkeit ambulanter systemischer Therapie: eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz [online]. [Zugriff: 23.12.2014]. URL: http://www.sbap.ch/aktivitaeten/pdf/politik/EAST_Katamnese.pdf.

7. Lambert M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Ed). Bergin & Garfields handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley; 2013. S. 169-218.

8. Lebow JL, Gurman AS. Research assessing couple and family therapy. Annu Rev Psychol 1995; 46: 27-57.

9. Nardone G. Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien: Einführung in die Kunst der Lösung komplizierter Probleme mit einfachen Mitteln. Bern: Huber; 1997.

10. Nardone G. Systemische Kurztherapie bei Ess-Störungen: Einführung und Fallstudien. Bern: Huber; 2003.

11. Nichols M. Family therapy: concept and methods. Boston: Person; 2008.

12. Satir V. Conjoint family therapy. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1964.

13. Schweitzer J, Nicolai E. SYMPAthische Psychiatrie: Handbuch systemisch-familienorientierter Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010.

14. Seiffge-Krenke I, Beher S, Skaletz C. Die Wirksamkeitsforschung von systemischer Therapie/ Familientherapie. Zeitschrift für Familienforschung 2007; 19(2): 231-246.

15. Stratton P. Report on the evidence base of systemic family therapy. Association for Family Therapy; 2005.

16. Von Massenbach K. Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST): eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz [online]. 03.2003 [Zugriff: 24.03.2016]. URL: http://www.systemis.ch/fileadmin/img/content/PDFs/katamnese_east.pdf.

17. Von Sydow K. Evaluationsforschung zur Wirksamkeit systemischer Psychotherapie. In: Ochs M, Schweitzer J (Ed). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2012. S. 105-122.

18. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie [online]. 14.12.2008 [Zugriff: 04.02.2016]. URL: http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf.

A7 Suchstrategien

A7.1 Suchstrategien in bibliografischen Datenbanken

1. Embase

Suchoberfläche: Ovid

- Embase 1974 to 2016 August 16

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [327] – Strategy minimizing difference between sensitivity and specificity
- RCT: Wong [327] – High sensitivity strategy

#	**Searches**
1	exp psychiatric treatment/
2	psychotherap*.ti,ab.
3	or/1-2
4	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).ti,ab.
5	(couple* adj1 (therap* or treatment*)).ti,ab.
6	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or marital* or multisystemic*) adj1 therap*).ti,ab.
7	(solution-focused* adj3 therap*).ti,ab.
8	or/4-7
9	3 and 8
10	random*.tw.
11	clinical trial*.mp.
12	exp health care quality/
13	or/10-12
14	exp animal/ not exp human/
15	13 not 14
16	meta analysis*.mp.
17	search*.tw.
18	review.pt.
19	or/16-18
20	15 or 19
21	9 and 20
22	21 not medline*.cr.

2. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid Medline(R) Epub Ahead of Print August 16, 2016
- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations August 16, 2016
- Ovid MEDLINE(R) 1946 to August Week 1 2016
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update August 16, 2016

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Wong [327] – High specificity strategy
- RCT: Mc Kibbon [328] – Glanville and Lefebvre strategy D

#	**Searches**
1	exp psychotherapy/
2	Stress, Psychological/th [Therapy]
3	psychotherap*.ti,ab.
4	or/1-3
5	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).ti,ab.
6	(couple* adj1 (therap* or treatment*)).ti,ab.
7	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or marital* or multisystemic*) adj1 therap*).ti,ab.
8	(solution-focused* adj3 therap*).ti,ab.
9	or/5-8
10	4 and 9
11	clinical trial.pt.
12	(randomized or placebo or randomly).ab.
13	clinical trials as topic.sh.
14	(trial or effects).ti.
15	drug therapy.fs.
16	comparative study.sh.
17	or/11-16
18	exp animals/ not humans.sh.
19	17 not 18
20	cochrane database of systematic reviews.jn.
21	(search or MEDLINE or systematic review).tw.
22	meta analysis.pt.
23	or/20-22

#	Searches
24	19 or 23
25	10 and 24

3. PsycINFO

Suchoberfläche: Ovid

- PsycINFO 1806 to July Week 4 2016

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Systematische Übersicht: Eady[329] – Best specificity
- RCT: Eady [329] – Best optimization of sensitivity & specificity

#	Searches
1	exp psychotherapy/
2	exp stress/
3	psychotherap*.ti,ab.
4	or/1-3
5	(family adj3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)).ti,ab.
6	(couple* adj1 (therap* or treatment*)).ti,ab.
7	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or marital* or multisystemic*) adj1 therap*).ti,ab.
8	(solution-focused* adj3 therap*).ti,ab.
9	or/5-8
10	4 and 9
11	(double-blind or random* assigned or control).tw.
12	10 and 11
13	(meta-analysis or search*).tw.
14	10 and 13
15	12 or 14

4. PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – pubmednotmedline

Search	Query
#1	Search (family[tiab] AND (psychotherap*[tiab] OR therap*[tiab] OR intervention*[tiab] OR treatment*[tiab]))
#2	Search (couple*[tiab] AND (therap*[tiab] OR treatment*[tiab]))
#3	Search (group[tiab] OR systemic*[tiab] OR strategic*[tiab] OR paradoxical*[tiab] OR conjoint*[tiab] OR marital*[tiab] OR solution-focused*[tiab]OR multisystemic*[tiab]) AND therap*[tiab]
#4	Search (#1 OR #2 OR #3)
#5	Search psychotherap*[tiab]
#6	Search (#4 AND #5)
#7	Search (clinical trial*[tiab] OR random*[tiab] OR placebo[tiab] OR trial[ti])
#8	Search (#6 AND #7)
#9	Search (search[tiab] OR meta analysis[tiab] OR MEDLINE[tiab] OR systematic review[tiab])
#10	Search (#6 AND #9)
#11	Search (#8 OR #10)
#12	Search (#11 not medline[sb])

5. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 8 of 12, August 2016
- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 7 of 12, July 2016
- Database of Abstracts of Reviews of Effects. Issue 2 of 4, April 2015
- Health Technology Assessment Database: Issue 3 of 4, July 2016

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] this term only and with qualifier(s): [Therapy - TH]
#3	psychotherap*:ti,ab
#4	#1 or #2 or #3
#5	(family near/3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*)):ti,ab
#6	(couple* near/1 (therap* or treatment*)):ti,ab
#7	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or marital* or multisystemic*) near/1 therap*):ti,ab
#8	(solution-focused* near/3 therap*):ti,ab
#9	#5 or #6 or #7 or #8

ID	Search
#10	#4 and #9 in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Trials
#11	psychotherap*
#12	#1 or #2 or #11
#13	(family near/3 (psychotherap* or therap* or intervention* or treatment*))
#14	(couple* near/1 (therap* or treatment*))
#15	((group or systemic* or strategic* or paradoxical* or conjoint* or marital* or multisystemic*) near/1 therap*)
#16	(solution-focused* near/3 therap*)
#17	#13 or #14 or #15 or #16
#18	#12 and #17 Publication Year from 2015 to 2016, in Other Reviews and Technology Assessments

A7.2 Similar articles und Times cited-Funktionen

1. PubMed – Similar articles

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – OLDMEDLINE
- PubMed – pubmednotmedline

Search	Query
#1	Similar articles for PubMed (Select 23950186)
#2	Select 20 document(s)
#3	Similar articles for PubMed (Select 23884638)
#4	Select 20 document(s)
#6	Similar articles for PubMed (Select 22115379)
#7	Select 20 document(s)
#8	Similar articles for PubMed (Select 21644186)
#9	Select 20 document(s)
#10	Similar articles for PubMed (Select 21559234)
#11	Select 20 document(s)
#12	Similar articles for PubMed (Select 20538417)
#13	Select 20 document(s)
#14	Similar articles for PubMed (Select 19218828)
#15	Select 20 document(s)

Search	Query
#16	Similar articles for PubMed (Select 18199184)
#17	Select 20 document(s)
#18	Similar articles for PubMed (Select 17650270)
#19	Select 20 document(s)
#20	Similar articles for PubMed (Select 17176206)
#21	Select 20 document(s)
#22	Similar articles for PubMed (Select 16263854)
#23	Select 20 document(s)
#24	Similar articles for PubMed (Select 15555694)
#25	Select 20 document(s)
#26	Similar articles for PubMed (Select 15065962)
#27	Select 20 document(s)
#28	Similar articles for PubMed (Select 12923337)
#29	Select 20 document(s)
#30	Similar articles for PubMed (Select 11496446)
#31	Select 20 document(s)
#32	Similar articles for PubMed (Select 11230031)
#33	Select 20 document(s)
#34	Similar articles for PubMed (Select 11026946)
#35	Select 20 document(s)
#36	Similar articles for PubMed (Select 9111850)
#37	Select 20 document(s)
#38	Similar articles for PubMed (Select 1828508)
#39	Select 20 document(s)
#40	Similar articles for PubMed (Select 3167248)
#41	Select 20 document(s)
#42	Similar articles for PubMed (Select 3318754)
#43	Select 20 document(s)
#44	Similar articles for PubMed (Select 17915972)
#45	Select 20 document(s)
#46	Similar articles for PubMed (Select 20687194)
#47	Select 20 document(s)
#48	Similar articles for PubMed (Select 25567031)
#49	Select 20 document(s)

2. Web of Sciences – Times cited

Suchoberfläche: Thomson Reuters
Chinese Science Citation Database 1989 – 2015

- KCI-Korean Journal Database 1980 – 2015
- SciELO Citation Index 1997 - 2015
- Web of Science Core Collection 1980 – 2015

Es konnten 24 potenziell relevante Referenzen für die „Times cited"-Funktion in Web of Sciences verwendet werden:

1. Ataoglu A, Özcetin A, Icmeli C, Özbulut Ö. Paradoxical therapy in conversion reaction. J Korean Med Sci 2003; 18(4): 581-584.

2. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2011; 7: 29-37.

3. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. Br J Psychiatry 2001; 178(3): 216-221.

4. De Giacomo P, Pierri G, Santoni Rugiu A, Buonsante M, Vadruccio F, Zavoianni L. Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. Acta Psychiatr Scand 1997; 95(3): 183-188.

5. Fabbri S, Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. Family intervention approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. J Clin Psychiatry 2007; 68(9): 1348-1351.

6. Feaster DJ, Mitrani VB, Burns MJ, McCabe BE, Brincks AM, Rodriguez AE et al. A randomized controlled trial of structural ecosystems therapy for HIV medication adherence and substance abuse relapse prevention. Drug Alcohol Depend 2010; 111(3): 227-234.

7. Lau M, Kristensen E. Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. Acta Psychiatr Scand 2007; 116(2): 96-104.

8. Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. The London Depression Intervention Trial: randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner; clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000; 177(2): 95-100.

9. Lemmens GM, Eisler I, Buysse A, Heene E, Demyttenaere K. The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression: a 15-month follow-up study. Psychother Psychosom 2009; 78(2): 98-105.

10. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG. Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162(11): 2131-2138.

11. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? J Affect Disord 2004; 82(3): 431-436.

12. Priebe S, Sinning U. Effekte einer kurzen paartherapeutischen Intervention in der Koronarrehabilitation: eine kontrollierte Studie. Psychother Psychosom Med Psychol 2001; 51(7): 276-280.

13. Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychotherapy Research 2011; 21(4): 462-471.

14. Rodriguez Vega B, Palao A, Torres G, Hospital A, Benito G, Perez E et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. Psychooncology 2011; 20(9): 943-952.

15. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987; 44(12): 1047-1056.

16. Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients: effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. J Psychosom Res 1991; 35(2-3): 265-272.

17. Shadick NA, Sowell NF, Frits ML, Hoffman SM, Hartz SA, Booth FD et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: a proof-of-concept study. J Rheumatol 2013; 40(11): 1831-1841.

18. Smock SA, Trepper TS, Wetchler JL, McCollum EE, Ray R, Pierce K. Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. J Marital Fam Ther 2008; 34(1): 107-120.

19. Szapocznik J, Feaster DJ, Mitrani VB, Prado G, Smith L, Robinson-Batista C et al. Structural ecosystems therapy for HIV-seropositive African American women: effects on psychological distress, family hassles, and family support. J Consult Clin Psychol 2004; 72(2): 288-303.

20. Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE et al. Family functioning in bipolar I disorder. J Fam Psychol 2006; 20(4): 701-704.

21. Vogelaar L, Van‘t Spijker A, Timman R, Van Tilburg AJ, Bac D, Vogelaar T et al. Fatigue management in patients with IBD: a randomised controlled trial. Gut 2014; 63(6): 911-918.

22. Vogelaar L, Van‘t Spijker A, Vogelaar T, Van Busschbach JJ, Visser MS, Kuipers EJ et al. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn‘s disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn‘s disease. J Crohns Colitis 2011; 5(6): 585-591.

23. Yang FR, Zhu SL, Luo WF. Comparative study of solution-focused brief therapy (SFBT) combined with paroxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder [Chinesisch]. Chinese Mental Health Journal 2005; 19(4): 288-290.

24. Zweben A, Pearlman S, Li S. A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: the results of the Marital Systems Study. Br J Addict 1988; 83(8): 899-916.

A7.3 Suche in Studienregistern

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

- URL: http://www.clinicaltrials.gov
- Eingabeoberfläche: Advanced Search

Suchstrategien
"family therapy" OR "family intervention" OR "family treatment" OR "couple therapy" OR "group therapy" OR "strategic therapy" OR "paradoxical therapy" OR "conjoint therapy" OR "marital therapy" OR "solution-focused" OR “multisystemic therapy” | Closed Studies
psychotherapy AND (group OR family) | Closed Studies

2. EU Clinical Trials Register

Anbieter: European Medicines Agency

- URL: https://www.clinicaltrialsregister.eu
- Eingabeoberfläche: Basic Search

Suchstrategien
"family therapy" "family intervention" "family treatment"
"couple therapy" "group therapy" "strategic therapy" "paradoxical therapy" "conjoint therapy" "marital therapy" "solution-focused" "multisystemic therapy"

Suchstrategien
family AND psychotherapy
group AND psychotherapy

3. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

- URL: http://apps.who.int/trialsearch/
- Eingabeoberfläche: Standard Search

Suchstrategie
family therapy OR family intervention OR family treatment OR couple therapy OR group therapy OR strategic therapy OR paradoxical therapy OR conjoint therapy OR marital therapy OR solution-focused OR multisystemic therapy

- Eingabeoberfläche: Advanced Search

Suchstrategie
family AND psychotherapy OR group AND psychotherapy[Intervention]; Recruitment Status is: ALL

A8 Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte der externen Sachverständigen

Im Folgenden sind die potenziellen Interessenkonflikte der externen Sachverständigen dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ in der Version 11/2013. Das aktuelle Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Geiger, Friedemann	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Kasper, Jürgen	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Köthe, Dagmar	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ (Version 11/2013) wurden folgende 6 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Haben Sie und / oder hat die Einrichtung[2], für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischem Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Haben Sie und/oder hat die Einrichtung[2], für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

[2] Sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.