

Gemeinsame Stellungnahme zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung gemäß
2. Kapitel § 7 Absatz 1 lit. a) Verfahrensordnung der

- **Systemischen Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung (SG) und der**
- **Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)**

– Systemische Therapie bei Erwachsenen –

Inhaltsverzeichnis

1 Fazit	3
2 Nutzenbewertung	3
3 Ergebnissicherheit bei Psychotherapie-Studien	4
4 Angst- und Zwangsstörungen	7
5 Körperliche Erkrankungen	8
6 Persönlichkeitsstörungen	9
7 Vergleich mit Richtlinienverfahren	9
8 Medizinische Notwendigkeit	10
9 Synonyme Verwendung der Begriffe Indikationen, Anwendungsbereiche und Störungen	10
10 Fehlende Grundlage, Planbarkeit und Umsetzung einer Erprobung	12
11 Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von systemischer Therapie	13
12 Literatur-Update.....	14
13 Abschlussfazit.....	14
14 Verwendete Literatur	15
Anhang 1: Einschätzung des Verfahrens von Dr. Rainer Hess	19
Anhang 2: Weitere Studien	21
Anhang 3: Studie von Knekt et al. (in Druck)	22
Anhang 4: Studie von Hunger et al. (2018; eingereicht).....	44
Anhang 5: Tabellarische Übersicht über die Arbeiten zur Wirtschaftlichkeit Systemischer Therapie (Crane & Christenson, 2014)	51

1 Fazit

Die systemischen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften unterstützen den Beschlussentwurf A und damit die Position von KBV, DKG und PatV.

Der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren sind hinreichend belegt. Die Ergebnisse der im Abschlussbericht des IQWiG dargestellten neu berechneten Metaanalysen entsprechen in ihren Aussagen sowohl der Bewertung des WBP als auch der aktuellen Metaanalyse von Pinquart, Oslejsek, & Teubert (2016).

Vom IQWiG wurden in sieben Störungsbereichen zehn Anhaltspunkte und zwei Hinweise auf einen Nutzen der Systemischen Therapie gefunden, darunter auch für die Anwendungsbereiche des Schwellenkriteriums.

Die zentrale Frage dieses Bewertungsverfahrens ist, ob die ganz anders lautende Bewertung der Befundlage durch den GKV-SV dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin entspricht. Unseres Erachtens ist das nicht der Fall.

Zur Begründung dieser Einschätzung nehmen wir zu den folgenden Punkten aus den Beschlussentwürfen, den Tragenden Gründen und der Dokumentation Stellung:

2 Nutzenbewertung

Anstatt die bekannten gefundenen Anhaltspunkte und Hinweise des IQWiG als Ausgangspunkt für die Nutzenbewertung des G-BA zu nutzen, nimmt der GKV-SV eine Neubewertung der Studien vor. Es handelt sich nicht nur um die Überführung der Nutzenbewertung des IQWiG in eine Systematik des G-BA Nutznachweises, sondern um eine aus unserer Sicht unzulässige methodische Neubewertung der Studien sowie die fehlende Kenntnisnahme der Metaanalysen.

Dabei bedient sich der GKV-SV einer Nutzendefinition, die weder in der VerFO des G-BA hinterlegt noch im Methodenpapier des IQWiG zu finden ist: „Wenn sowohl nicht signifikante Unterschiede als auch signifikante Effekte zugunsten des untersuchten Verfahrens vorliegen, sollten die statistisch signifikanten Effekte aus den Studien mit Evidenzlevel 1b überwiegen, um von einem Nutznachweis ausgehen zu können“ (ZD des GKV-SV, S. 34) Das einfache Auszählen von Differenzen von signifikanten vs. nicht signifikanten Effekten, das „Vote Counting“, entspricht in keiner Weise dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin (Hedges & Olkin, **1980** sowie Lau, Schmid, & Chalmers, **1995**). Die Argumente gegen diese Vorgehensweise bei der Synthese von Ergebnissen über Studien hinweg, die in gleicher Weise auf das Auszählen der Ergebnisse zu mehreren Messzeitpunkten innerhalb einer Studie zutrifft, sind im Cochrane Handbook dargelegt:

“Occasionally meta-analyses use ‘vote counting’ to compare the number of positive studies with the number of negative studies. Vote counting is limited to answering the simple question “is there any evidence of an effect?” Two problems can occur with vote counting, which suggest that it should be avoided whenever possible. Firstly, problems occur if subjective decisions or statistical significance are used to define ‘positive’ and ‘negative’ studies (Cooper 1980, Antman 1992). To undertake vote counting properly the number of studies showing harm should be compared with the number showing benefit, regardless of the statistical significance or size of their results. A sign test can be used to assess the significance of evidence for the existence of an effect in either direction (if there is no effect the studies will be distributed evenly around the null hypothesis of no difference). Secondly, vote counting takes no account of the differential

weights given to each study. Vote counting might be considered as a last resort [sic] in situations when standard meta-analytical methods cannot be applied (such as when there is no consistent outcome measure).“ (Deeks, Higgins, & Altman, 2011)

Zur Tatsache, dass „Vote Counting“ weder die auch klinisch bedeutsamen Effektgrößen berücksichtigt noch eine Gewichtung von Studien bzw. im vorliegenden Fall Messzeitpunkten beinhaltet, kommt hinzu, dass auch der vom Studienleiter unter inhaltlichen Gesichtspunkten festgelegte Hauptmesszeitpunkt bei „Vote Counting“ als solcher nicht berücksichtigt wird.

Konsequenterweise kritisiert auch das IQWiG ein solches methodisches Vorgehen explizit auf S. 511f. des Abschlussberichtes, weil dabei keine endpunktspezifische Bewertung, z.B. durch Metaanalysen, vorgenommen und die klinische Relevanz nicht berücksichtigt wird.

Die Bewertung des IQWiG beruhte hingegen auf etablierten Analyseverfahren, insbesondere neu erstellten Metaanalysen. Die Vorgehensweise ist transparent und auf dem aktuellen Stand der Evidenzbasierten Medizin im Methodenpapier in den Kapiteln 3.1.4, 3.1.5 und 9.1.4 beschrieben.

Das BSG geht seinerseits von einer Richtigkeitsvermutung gesetzeskonformer gutachterlicher Stellungnahmen des IQWiG aus (BSG-Urteil vom 01.03.2011 – B 6 KR 7/10 R BSGE 107, 261 = SozR 4 - 2500 §35 Nr. 5 (Rn.77)).

Eine Ungleichbehandlung vor allem im Vergleich zur Überprüfung der Richtlinienverfahren und den bereits vom G-BA überprüften Psychotherapieverfahren ist unzulässig (siehe hierzu die Anmerkungen von Dr. Rainer Hess in Anhang 1).

Fazit: Die „Definition des Nutznachweises“ aus der ZD des GKV-SV ist zurückzuweisen, da sie nicht den Standards der Evidenzbasierten Medizin entspricht. Grundlage der Nutzenbewertung muss die bereits erfolgte Bewertung der Studien durch das IQWiG sein.

3 Ergebnissicherheit bei Psychotherapie-Studien

Der Verweis des GKV-SV, es hätten sich im Abschlussbericht des IQWiG keine „Belege“ für einen Nutzen, sondern lediglich „Hinweise“ und „Anhaltspunkte“ gefunden ist trivial: Für psychotherapeutische Verfahren sind *Belege* für einen Nutzen nicht erwartbar. Das liegt in der Natur des zu bewerteten Gegenstandes, der Psychotherapie, und ist keine Besonderheit der Systemischen Therapie. Ein Fokus der Nutzenbewertung des IQWiG sind Angaben zur Verblindung in den einzelnen einbezogenen Studien. Es ist bekannt, dass Studienergebnisse dadurch beeinflusst werden können, dass Therapeut oder Patient wissen, welchem Studienarm sie zugeteilt wurden. Die fehlende Verblindungsmöglichkeit wirkt sich auf das mögliche Verzerrungspotential und damit auf die Aussagensicherheit der Studienergebnisse aus. Bei psychotherapeutischen Verfahren ist aber die Verblindung sowohl von Therapeut als auch von Patient nicht möglich, u. a. weil der Therapeut weiß, welches Verfahren er anwendet und auch der Patient schnell erkennen kann, mit welchem Verfahren er behandelt wird (bei manchen Verfahren bereits durch die Sitz- vs. Liegeposition des Patienten oder die Sitzungsfrequenz).

Das IQWiG ist in seinem Abschlussbericht auf diese Problematik eingegangen (S. 523): „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.“

Dem weiteren Hinweis des IQWiG, durch den Einsatz von verblindeten Endpunkterhebern sei zumindest eine Reduzierung der Verzerrung der Endpunkterhebung möglich, stimmen wir prinzipiell zu. Es muss jedoch konstatiert werden, dass in allen Psychotherapiestudien aller Verfahren

- der Praktikabilität der Verblindung von Endpunkterhebern vergleichsweise Grenzen gesetzt sind. Es wird davon ausgegangen, dass in Studien, in denen Patienten unverblindet sind und zugleich Patienten-reportierte Outcomes (PRO) – also bspw. Selbstberichtsfragebögen zur Schwere der depressiven Symptomatik – zum Einsatz kommen, die verblindete Endpunkterhebung *per se unmöglich* ist. So erläutern etwa Kahan, Rehal, & Cro (2015): „It is unclear why so few open trials used blinded outcome assessment. In some circumstances, blinded assessment is not feasible, for example patient reported outcomes in trials when patients are unblinded due to the nature of the intervention.“
- die verblindete Endpunkterhebung mehr Personal erfordert (der verblindete Endpunkterheber muss ja jeweils anwesend sein) und in Studien, in denen aus logistischen Gründen alle Kliniker oder Studienmitarbeiter die jeweilige Behandlungszuweisung kennen *de facto* unmöglich ist (Kahan et al., 2014) , oder nur unter hohem finanziellen Aufwand in Form von mindestens zwei verblindeten und studienunabhängigen Diagnostikern pro Fall möglich, die wiederum unabhängig voneinander ihre Einschätzung abgeben – und einem dritten ebensolchen Diagnostiker für den Fall, dass die beiden ersten Einschätzungen nicht genügend übereinstimmen.
- die Verblindung von Endpunkterhebern nur in etwa jeder vierten offenen Studie umgesetzt wird (Devereaux et al., 2004; Kahan et al., 2015). Dabei wird die Verblindung von Endpunkterhebern in Studien, in denen PRO eingesetzt werden, was auch in den meisten Psychotherapiestudien der Fall ist, noch seltener umgesetzt. Nur in 5% dieser Studien wurden zusätzlich zu den (naturgemäß nicht-verblindeten) Patienten verblindete Endpunkterheber eingesetzt (Kahan et al., 2015).

Inwieweit die Verblindung von Endpunkterhebern bei der Bewertung des Verzerrungspotentials von Studien zu psychologischen Interventionen eine Rolle spielen sollte, ist daher innerhalb der Evidenzbasierten Medizin ungeklärt. Spielt die Verblindung von Endpunkterhebern in dieser Bewertung eine ausschlaggebende Rolle, so besteht in jedem Fall das Risiko, dass letztlich keine Aussage über die vorliegende Evidenz gemacht werden kann, weil Studien zu psychologischen Interventionen definitionsgemäß keine Evidenz höchster Qualität erbringen können. Die im United States Department of Health and Human Services angesiedelte Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) als zentrale Institution der Versorgungsforschung ist in einem Methodenbericht detailliert auf die Verblindungsproblematik bei psychologischen Interventionen eingegangen:

“Bias can arise from lack of participant and personnel blinding to assignment and from lack of blinding of outcome assessors. For behavior change interventions, it may be difficult, and sometimes impossible, to blind participants and personnel because they often involve extensive patient and provider interaction and awareness of treatment components. Nonetheless, some outcomes such as objective cognitive assessments can be evaluated by blinded outcome assessors. For other outcomes such as self-reported symptoms, the risk of bias is compounded by the lack of patient or personnel blinding of assignment. The inherent difficulties of achieving patient or personnel blinding in behavioral interventions mean that many behavioral interventions may be rated as having a higher overall risk of bias than interventions that can more easily blind patients or personnel.

If blinding, regardless of feasibility or appropriateness, is an important measure of rigor, then by definition, many behavior change interventions can never be assessed with the highest rigor. Some SR [systematic review] approaches, such as that espoused by the US Preventive Services Task Force, exclude studies with a high risk of bias. In such cases, behavioral interventions may be disproportionately excluded from the body of evidence, resulting in instances where the review is unable to make a conclusion because of the lack of high-quality evidence. One must ask the question of “why bother” with a risk of bias assessment in which the assessment is dictated by the field, not by the study conduct. Certainly, some behavior change studies have used unique and creative methods of maintaining patient and provider blinding, these methods are often difficult to implement and are not commonly used. Thus, researchers are currently struggling with the question of whether key sources of bias in behavior change interventions center around blinding as often is the case in medical interventions, or whether other factors should carry more weight in assessing risk of bias. We did not find consensus on this issue.” (McPheeters et al., 2015)

Ergebnisse zur Anwendung des Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE, Guyatt et al., 2011) bei psychologischen Interventionen unterstreichen ebenfalls die Schlussfolgerungen im BE von KBV, DKG und PatV:

“This study found that the quality of evidence never reached “high” GRADE ratings for the outcomes of complex intervention reviews, and as compared with the outcomes of simple intervention reviews, the quality of evidence ratings for these outcomes were more commonly downgraded for the RoB [Risk of Bias], particularly the lack of participant and personnel blinding; the high levels of heterogeneity, and the study design.

Double blinding, in which both the investigator and the participant are unaware of the nature of the treatment is considered a best practice to prevent performance bias in the evaluation of health care interventions. However, in contrast to pharmacologic treatments, many complex interventions require active engagement and participant awareness of the intervention condition to bring about the desired changes in behaviors and psychosocial outcomes. This makes blinding of participants and personnel not only infeasible but also inappropriate in the evaluation of many complex interventions. Currently, there is lack of agreement on whether the RoB assessment in behavior change interventions should focus on the same criteria as in biomedical interventions, or whether it should prioritize a different set of factors and clearly separate between the concepts of study rigor and feasibility. Many researchers are concerned that downgrading the quality of evidence for the lack of participant and personnel blinding might result in what is called an “intervention selection bias,” when many complex interventions are excluded from the body of evidence because of the associated high RoB. This in turn may produce inconclusive reviews with a limited value for decision-makers.” (Movsisyan, Melendez-Torres, & Montgomery, 2016)

Die allgemein problematische Rolle von Verblindung bei der Bewertung des Verzerrungspotentials von Studien zu psychologischen Interventionen schlägt sich schließlich auch in der kürzlich veröffentlichten Erweiterung der CONSORT Reporting Richtlinien für randomisiert-kontrollierte Studien im Bereich psychologischer Interventionen nieder. Dort wird der Begriff der Verblindung nicht mehr verwendet:

“‘Blinding’ has been changed to ‘Awareness of assignment’ and ‘masking’ in the section heading and item wording, respectively. These changes address concerns about the use of the term ‘blinding’ as well as the need to emphasise the issue of awareness of assignment by providers and participants in social and psychological intervention trials.” (Montgomery et al., 2018)

Der GKV-SV benutzt das Argument eines hohen Verzerrungspotentials dann auch noch doppelt, indem er ausführt, das IQWiG habe zwar einen Hinweis auf einen Nutzen festgestellt, die jeweilige Studie habe aber ein hohes Verzerrungspotential (z. B. beim Störungsbereich Essstörungen). Die Nutzenbewertung des IQWiG hat jedoch bereits die Einschätzung des Verzerrungspotentials mit berücksichtigt.

In Kontrast zu einem generellen Trend in der Psychotherapieforschung belegt die Metaanalyse von Pinquart et al. (2016) darüber hinaus, dass in den evaluierten RCTs zur Wirksamkeit von Systemischer Therapie die therapeutische Orientierung des Untersuchungsleiters keinen Effekt auf die Outcomes hatte ("Similarly, researcher allegiance had no significant moderating effect, [...]"; S. 9 bei Pinquart et al., 2016).

Fazit: Das tendenziell höhere Verzerrungspotential von Psychotherapiestudien sämtlicher Therapierichtungen führt zu einer weniger großen Aussagensicherheit. Es liegt insofern in der Natur von Psychotherapiestudien, dass das, was das IQWiG als höchste Evidenzstufe („Beleg“ von Nutzen) klassifiziert, gar nicht erwartbar ist. Einen Nutznachweis nur auf der Ebene von „Belegen“ zu fordern wäre im Bereich der Psychotherapie unzulässig.

4 Angst- und Zwangsstörungen

Im Störungsbereich Angst- und Zwangsstörungen lagen dem IQWiG im Zusammenhang mit den eingeschlossenen Studien von Knekt (2004) noch keine Daten über die Gruppe der ausschließlich auf DSM-Achse I an einer Angststörung leidenden Patienten vor. Diese Daten wurden von der Forschergruppe inzwischen ausgewertet, und die Ergebnisse liegen nun vor (Knekt et al., in Druck). Wir hängen dieser Stellungnahme die entsprechende Publikation zu den Ergebnissen an.

In dieser Publikation vergleichen Knekt et al. (in Druck) systemische lösungsfokussierte Therapie (SFT; 12 Sitzungen), psychodynamische Kurzzeittherapie (SPP; 20 Sitzungen) und psychodynamische Langzeittherapie (LPP, rund 240 Sitzungen) anhand der Endpunkte psychiatrische Störungssymptomatik, Arbeitsfähigkeit, Bedarf an weiteren Behandlungen sowie Remission und Kosteneffizienz. Insgesamt zeigt sich, dass SFT und LPP besser abschnitten als SPP. Zum Fünf-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt gab es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen LPP und SFT – mit Ausnahme des Endpunktes „zusätzliche Behandlungen“, in dem SFT besser abschnitt. Zudem ergab sich eine deutliche Kosten-Effizienz zugunsten von SFT (mit dem Faktor 3).

In der Studie von Hunger et al. (2018; eingereicht), die vom IQWiG als Studie unklarer Relevanz aufgenommen wurde, wurde die Behandlung von Patienten mit sozialen Ängsten in zwei Studienarmen, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen in beiden Studienarmen eine Reduktion der sozialen Ängstlichkeit. Systemische Therapie zeigt dabei signifikant bessere Effekte in für die symptombezogenen Maße sowie für das allgemeine Funktionsniveau. Der Artikel wurde bei einer wissenschaftlichen Zeitschrift eingereicht und befindet sich derzeit im Begutachtungsprozess (peer review). Deswegen fügen wir dieser Stellungnahme den zitierfähigen Abstract sowie die Präsentation der Ergebnisse am 22. März 2018 auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin, auf dem die Ergebnisse erstmals vorgestellt wurden, unter Anhang 4 bei.

Fazit: Die Ergebnisse untermauern die Grundlage für den Nutznachweis im Anwendungsgebiet Angst- und Zwangsstörungen.

5 Körperliche Erkrankungen

Die neun vom IQWiG bewerteten und zu einem Anhaltspunkt für einen Nutzen führenden Studien zu körperlichen Erkrankungen rechtfertigen einem Nutznachweis in diesem Anwendungsbereich. Die Argumentation des GKV-SV, die Ergebnisse dieser Studien könnten für eine Nutzenbewertung nicht herangezogen werden, weil entweder keine psychische Symptomatik erfasst worden sei oder keine krankheitswertige psychische Symptomatik vorgelegen habe, die nach ICD oder DSM oder in anderer Form erfasst wären, kann hier nicht greifen: **Laut ICD und DSM müssen die psychischen Faktoren explizit nicht den Stellenwert einer eigenen psychischen Störung nach ICD-10 bzw. ICD-11 haben. Deswegen ist die Forderung nach Erhebung dieser Faktoren als Vorbedingung für einen Einschluss der vom IQWiG inkludierten RCT im Diagnosebereich F54 haltlos.**

In der ICD-10 bzw. ICD-11 werden F54-Diagnosen definiert als „Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten: Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychologische und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich die Entstehung oder den Verlauf von körperlichen Erkrankungen, die in anderen Kapiteln klassifiziert werden, beeinflusst haben. Die dabei auftretenden psychischen Störungen sind gewöhnlich leicht und langanhaltend (wie z. B. Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartungen). Sie rechtfertigen für sich allein nicht die Verwendung einer anderen Kategorie des Kapitels F.“ (Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 1994, S. 148-149)

Dementsprechend ist von einem Nutzen eines psychotherapeutischen Verfahrens auch dann auszugehen, wenn sich durch die psychotherapeutische Behandlung der (somatische) Krankheitsverlauf positiv entwickelt. Deswegen hat das IQWiG neben psychischen auch somatische Endpunkte erfasst. Anhaltspunkte für einen Nutzen findet das IQWiG u. a. bei Rückfall und Überleben. Entgegen der Auffassung des GKV-SV schätzen wir diese „harten“ Endpunkte sehr wohl als patientenrelevant wie volkswirtschaftlich relevant ein.

Aufgrund ihrer Häufigkeit sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen und affektive Störungen ein wichtiger Faktor für das Gesundheitssystem. Gesundheitspolitisch bedeutsam sind aber auch somatische Krankheiten, bei denen psychische und soziale Faktoren (F54 im ICD-10) beteiligt sind. Im Erwachsenenalter zählen körperliche Erkrankungen wie z. B. nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus zu den kostenaufwendigsten Diagnosen (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2007). So ist Deutschland von allen entwickelten Ländern das Land mit der höchsten Rate an vermeidbaren stationären Aufnahmen aufgrund von Diabetes (218,3 pro 100000 Einwohner) (Papanicolas, Woskie, & Jha, 2018).

Die IQWiG-Analysen belegen darüber hinaus, dass systemische Therapie nicht nur Effekte auf das psychische Wohlbefinden Erkrankter und ihrer Angehörigen sowie der familiären Beziehungen hat, sondern auch auf die somatische Symptomatik und in einigen Fällen sogar auf die Mortalität Erkrankter – also weiteren zentralen Aspekten der Krankenversorgung, die sowohl für betroffene Patienten, als auch volkswirtschaftlich hoch relevant sind.

Systemische Therapie erzielt bei einer Vielzahl gravierender somatischer Erkrankungen wirksame Verbesserungen des somatischen und/oder psychischen Befindens (Bronchial-Karzinom, chronische entzündliche Darmkrankheiten, chronische Hepatitis, HIV-Infektion, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, orthopädische Beschwerden, rheumatoide Arthritis).

Wir schlagen deshalb eine Änderung des Beschlussentwurfes von KBV, DKG und PatV vor:

Unter I. soll als sechster Spiegelstrich

- Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe

hinzugefügt werden.

6 Persönlichkeitsstörungen

Die vom IQWiG den „Gemischten Studien“ zugerechnete und mit einem Anhaltspunkt für einen Nutzen bewertete Studie Lau & Kristensen (2007) vergleicht die Wirksamkeit von Systemischer und Psychodynamischer Gruppentherapie bei erwachsenen Patientinnen, die innerfamiliären sexuellen Missbrauch erleben mussten. Dem IQWiG lag bei der Bewertung noch nicht die schriftliche Antwort auf eine Autorenanfrage bei der Erstautorin vor, die am 11.09.2018 ausführt, dass basierend auf einer Messung mit dem DSM-IV und ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q) – in der Studienbedingung „analytic (A)“ 89% der Probanden und in der Bedingung „systemic group psychotherapy (S)“ 93% der Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden. Damit wurde für diesen Anwendungsbereich das Einschlusskriterium von mindestens 80 % der Studienpopulation mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung erfüllt.

Diese Studie belegt, dass systemische Therapie nicht nur bei dieser therapeutisch oft schwer behandelbaren Patientinnengruppe wirksam ist, für die von Seiten des „Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs“ sowie der BpTK und BÄK dringend mehr Behandlungsangebote gefordert werden (siehe dazu <https://beauftragter-missbrauch.de/>; <https://www.hilfeportal-missbrauch.de/startseite.html>). Vielmehr belegt die Studie auch den Nutzen von Systemischer Therapie bei Persönlichkeitsstörungen.

Wir schlagen deshalb eine Änderung des Beschlussentwurfes von KBV, DKG und PatV vor:

Unter I. soll als siebter Spiegelstrich

- Persönlichkeitsstörungen

hinzugefügt werden.

7 Vergleich mit Richtlinienverfahren

Der Nachweis des Nutzens Systemischer Therapie könne, so die Argumentation des GKV-SV, neben den Ergebnissen zu den Vergleichen mit den anderen beiden Komparatoren durch die mindestens vorliegende Gleichwertigkeit Systemischer Therapie gegenüber anderen Richtlinienverfahren erbracht werden. Auch wenn wir das methodische Vorgehen des IQWiG als richtig einschätzen, Gleichwertigkeit mit einem Richtlinienverfahren noch nicht per se als Anhaltspunkt/Hinweis zu bewerten, so zeigt sich doch, dass sich in keinem der untersuchten Störungsbereiche eine Unterlegenheit gegenüber Richtlinienverfahren gezeigt hat. Nach Lesart des GKV-SV geht diese Nichtunterlegenheit mit dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen sogar über die vom IQWiG mit einem Anhaltspunkt/Hinweis bewerteten Bereiche hinaus, weil dem IQWiG die Antwort auf die Autorenanfrage bzgl. der Studie Lau & Kristensen (2007) nicht vorlag.

Die Metaanalyse von Pinquart et al. (2016) bestätigt diesen Befund ebenfalls. Es gibt keine Unterlegenheit gegenüber Richtlinienverfahren.

Fazit: Die analysierten Daten zeigen bereits eine Nichtunterlegenheit Systemischer Therapie gegenüber den Richtlinienverfahren. Aus diesen Befunden die Forderung einer Erprobung abzuleiten, die ein bereits evaluiertes Ergebnis noch einmal untersucht, ist schon aus allokationsethischer Sicht nicht vertretbar.

8 Medizinische Notwendigkeit

Williams et al. (2016) kommen zu dem Ergebnis, dass die Nicht-Berücksichtigung von Patienten- und Patientinnenpräferenzen bezüglich erwünschter psychotherapeutischer Behandlungsweisen häufig zu einem schlechteren Outcome führt. Um aber Präferenzen und Entscheidungsmöglichkeiten als Patient entwickeln zu können, bedarf es Alternativen der psychotherapeutischen Behandlung. Erkrankungen der menschlichen Seele sind ein zu komplexer Gegenstandsbereich, als dass hierfür lediglich zwei Behandlungsansätze (die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und die Verhaltenstherapie) ausreichen; somit wäre es auch im Sinne des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, wenn diesen weitere evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen würden. Systemische Therapie als Behandlungsalternative ist auch deshalb notwendig, weil sie bei erwachsenen Patienten und Patientinnen einen Vorteil bezüglich der Drop-Out-Rate gegenüber anderen psychotherapeutischen Ansätzen aufweist: „The drop-out rate of systemic therapy is lower than that of any other form of psychotherapy“ (Sydow, Beher, Schweitzer, & Retzlaff, 2010).

Derzeit werden Patienten im stationären Bereich oft mit Systemischer Therapie behandelt. Eine Überweisung in eine ambulante Psychotherapie, die in den meisten Fällen angezeigt ist, ist nur für Patienten möglich, welche die Therapie selbst bezahlen.

9 Synonyme Verwendung der Begriffe Indikationen, Anwendungsbereiche und Störungen

Die Begriffe „Indikationen“, „Anwendungsbereiche“ und „Störungen“ werden in den Psychotherapie-Richtlinien synonym verwendet. Weder in den Tragenden Gründen noch in der Zusammenfassenden Dokumentation vermag der GKV-SV einen Beleg dafür anzuführen, dass mit „Indikationen“ etwas anderes als die in der PT-RL §26 aufgeführten Anwendungsbereiche gemeint sein könnten. Es wird im BE des GKV-SV auch **auf keine andere** als die in den PT-RL vorgenommene Einteilung in Anwendungsbereiche hingewiesen. Es gibt auch keinen Hinweis in den Unterlagen darauf, was sonst mit einer Indikation gemeint sein könnte: Eine einzelne Diagnose? Bis zu welcher Nachpunktstelle? Diagnosebereiche (z. B. Angststörungen)? Es können hier also nur die Anwendungsbereiche gemeint sein.

Der Hinweis der GKV-SV, dass „der Indikationsbezug gemäß §135 Abs. 1 SGB V vorzunehmenden Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entsprechend den Anforderungen der Evidenzbasierten Medizin immanent sei“ (S. 2 der Tragenden Gründe) begründet hier deshalb keine andere Vorgehensweise als die Nutzenbewertung auf Ebene der Anwendungsbereiche, weil „Indikationen“, „indikationsbezogen“ und „Anwendungsbereiche“ in den PT-RL synonym verwendet werden.

Es gibt aufgrund des Wortlautes von §19 und §26 PT-RL keine eindeutige Abgrenzung zwischen Anwendungsbereichen, Störungen und Indikationen, da gem. §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 der indikationsbezogene Nutzen für Anwendungsbereiche nach §26 Abs. 1 zu belegen ist, der jedoch seinerseits die Anwendungsbereiche als Indikationen definiert und diese mit 13 definierten Störungen gleichsetzt. Der Wortlaut lässt daher eine eindeutige Unterscheidung zwischen den Anwendungsbereichen und den für eine Anerkennung als Behandlungsverfahren notwendigen indikationsbezogenen Nutzenbewertungen nicht zu.

Auch auf der Webseite des G-BA werden die Begriffe synonym verwendet. Bei den Aufgaben des G-BA im Bereich Psychotherapie heißt es: „Die im Bereich der ambulanten Psychotherapie behandelbaren

„Indikations-“ oder „Anwendungsbereiche“ werden in §22 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführt. (Hervorhebung durch die Verfasser; <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/aufgabe/>; Zugriff am 20.08.2018)

Entsprechend führte beim Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie eine positive Studie aus dem Bereich der affektiven Störungen zur positiven Nutzenbewertung dieses Anwendungsbereiches.

Das IQWiG beantwortet und entkräftet in seinem Abschlussbericht in einer „Kritischen Reflexion des Vorgehens“ (Kap. A4.2) bereits die vom GKV-SV vorgebrachte Kritik, man hätte keine Störungsbereiche festlegen dürfen, die sich an den Anwendungsbereichen der PT-RL orientieren: „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. (...) Gleichmaßen 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.“

Auch der Wissenschaftliche Beirat arbeitet in seinem Methodenpapier, das mit dem G-BA konsentiert ist, auf der Ebene der Anwendungsbereiche. Er hat zuletzt am 11.12.2017 nach eben dieser Logik die Überprüfung der Humanistischen Psychotherapie abgeschlossen (<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.141>). In seinem Methodenpapier führt er in Kapitel I.3 aus:

„I.3. Anwendungsbereiche der Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat von Beginn seiner Tätigkeit an festgestellt, dass vom Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei einem Anwendungsbereich nicht generell auf die Wirksamkeit des gesamten psychotherapeutischen Verfahrens oder der Methode bei einem anderen Anwendungsbereich geschlossen werden kann. (...) Entsprechend hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie festgelegt, die Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Anwendungsbereiche und für die Psychotherapie bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen getrennt zu überprüfen und anzugeben, für welche Anwendungsbereiche ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode gegebenenfalls als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Das bedeutet nicht, dass das psychotherapeutische Verfahren bei den verschiedenen Anwendungsbereichen (Diagnosen oder Diagnosegruppen) unterschiedlich sein muss. Lediglich der Nachweis der Wirksamkeit ist für die verschiedenen Anwendungsbereiche getrennt zu führen, auch wenn das Psychotherapieverfahren keine Störungs- oder Anwendungsbereichsspezifische Methoden oder Techniken definiert. Für diese Überprüfung hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie insgesamt 18 Anwendungsbereiche im Sinne größerer Klassen von Störungen gebildet, von denen insbesondere die Anwendungsbereiche 15 bis 17 nahezu ausschließlich für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind. (Fußnote): Die Festlegung der Anwendungsbereiche erfolgte in Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss.“

10 Fehlende Grundlage, Planbarkeit und Umsetzung einer Erprobung

Wie bereits unter Abschnitt 1 und 7 dargestellt, ist die Notwendigkeit für eine Erprobungsrichtlinie im Sinne einer Nichtunterlegenheitsstudie schon aufgrund der vom IQWiG anerkannten Studien nicht gegeben. Keine einzige Studie wurde identifiziert, in der systemische Therapie weniger effektiv abgeschnitten hat als ein Richtlinienverfahren. Der Entwurf des GKV-SV (2.5 des BE) sieht nun die Erprobung gerade für die Bereiche vor, in der die Nichtunterlegenheit schon festgestellt wurde, weil das IQWiG bereits Studien untersucht hat, in denen systemische Therapie mit Richtlinienverfahren verglichen wurden.

Methodisch wären auch in einer Erprobung keine Studien machbar, die eine deutlich höhere Aussagesicherheit hervorbringen können, durch die den psychotherapeutischen Verfahren an dieser Stelle natürlicherweise auferlegten Beschränkungen.

Bei einer Erprobung würde es sich ja nicht nur um eine Studie handeln, die ein ganzes Forschungskonsortium über Jahre beschäftigen würde, sondern gleich um eine ganze Batterie von aufzusetzenden Studien. Die Anzahl der teilnehmenden systemischen und Richtlinienpsychotherapeuten müsste im drei- bis vierstelligen Bereich liegen. Nach übereinstimmender Expertenmeinung würde es sich um die größte Psychotherapiestudie weltweit handeln. Vor dem Hintergrund der bereits festgestellten Nichtunterlegenheit müsste sich der G-BA mit einer Erprobungsregelung den Vorwurf der massiven Fehlallokation von Versichertengeldern ebenso gefallen lassen wie den Verdacht auf Verschleppung einer Entscheidung durch die Aussetzung des Verfahrens. Selbst wenn der GKV-SV „einlenken“ würde und als Kompromiss eine weniger große Bandbreite an Bereichen vorschlagen würde, wäre mit Ergebnissen frühestens in zehn Jahren zu rechnen. Auch in Anbetracht der bereits erfolgten wissenschaftlichen Anerkennung im Jahr 2008 würde eine Entscheidungsaussetzung um weitere mindestens zehn Jahre ein sachgemäßes Vorgehen der Selbstverwaltung in diesem Bewertungsverfahren sehr in Zweifel ziehen.

Vergleicht man die Datenbasis dieses Bewertungsverfahrens mit derjenigen anderer Verfahren, bei denen eine Erprobungsrichtlinie beschlossen wurde, ist sie hier ungleich größer. Bei den anderen Erprobungen gab es entweder keine Studien auf Evidenzebene 1b oder sie hatten so große methodische Mängel, dass sie mit denen vom IQWiG identifizierten Studien zur Systemischen Therapie nicht vergleichbar sind.

Derzeit gibt es bundesweit zwei Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapeuten, die einen laufenden Kurs im Vertiefungsgebiet systemische Therapie für Erwachsene anbieten. Diese Ausbildungen sind gegenüber denen der bisherigen Richtlinienverfahren stark benachteiligt, weil die für die Ausbildung obligatorischen 600 Behandlungsstunden von den Krankenkassen nicht vergütet werden und die Ausbildung im Vertiefungsgebiet systemische Therapie somit ungleich teurer ist als in den Richtlinienverfahren.

Die ärztlichen Weiterbildungsstätten binden die psychotherapeutische Weiterbildung noch stärker an die sozialrechtliche Anerkennung des Verfahrens. So ist sie bspw. für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie laut Musterweiterbildungsordnung den sozialrechtlich anerkannten Verfahren vorbehalten. Es ist also davon auszugehen, dass sich ausschließlich Psychologische Psychotherapeuten an einer Erprobung beteiligen könnten und Ärztlichen Psychotherapeuten eben gerade nicht.

Unklar ist darüber hinaus, welche Anreize geschaffen werden müssten, um die Teilnahme der Richtlinienpsychotherapeuten an einer immens aufwendigen Erprobung sicherzustellen.

So könnte der G-BA bei einer Erprobungsrichtlinie seinerseits nicht sicherstellen, dass die notwendigen Psychotherapeuten an den Studien teilnehmen würden – zumal keines der Ausbildungsinstitute, die zumeist als GmbHs organisiert sind, auf Grundlage einer in der Umsetzbarkeit völlig vagen Planung einer Erprobungsrichtlinie das Risiko eines drei- bis fünfjährigen Ausbildungsangebotes eingehen würde.

Wenn der GKV-SV Zweifel an der Nichtunterlegenheit der Systemischen Therapie gegenüber den Richtlinienverfahren hat, ließe sich mit deutlich geringerem Aufwand durch gezielte Autorenanfragen überprüfen, ob das Einschlusskriterium 2 des IQWiG („Handelte es sich um Intervention, die der Systemischen Therapie zuzuordnen sind?“) nicht doch erfüllt ist. Immerhin wurden mit dieser Begründung mehr als 2000 Studien, sehr viele davon RCT, nicht berücksichtigt.

Völlig unklar ist, wie die Durchführung einer Erprobung sichergestellt werden könnte, wo doch bereits die gleichzeitige Überprüfung der Richtlinienverfahren 2015 abgesagt wurde und wegen des immensen Aufwandes, die Studien auch nur zu lesen und zu bewerten, eine sukzessive Überprüfung beschlossen wurde. Seitdem ist die Überprüfung der psychoanalytisch begründeten Verfahren ausgesetzt. Wenn bereits die Überprüfung derzeit nicht möglich ist, wie sollte die ungleich aufwendigere Planung, Beauftragung, Begleitung und Auswertung der Erprobung ermöglicht werden?

Fazit: Eine Erprobung für Bereiche, in denen Nichtunterlegenheit Systemischer Therapie bereits bestätigt ist, würde Jahrzehnte in Anspruch nehmen, kaum methodisch hochwertigere Studien erzeugen und wäre in der Durchführung wegen fehlender systemischer Psychotherapeuten und fehlender Anreizmöglichkeiten für die Richtlinientherapeuten bereits im Vorhinein zum Scheitern verurteilt. Es wäre zu erwarten, dass das Verfahren auf unverhältnismäßig viele Jahre ausgesetzt würde und Versichertengelder im großen Stil verschwendet würden.

11 Aussagen zur Wirtschaftlichkeit von systemischer Therapie

Zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und Therapiedauer liegt eine ganze Reihe von Untersuchungen vor. Wo es nicht durch das a priori festgelegte Studiendesign ausgeschlossen wurde, hatte systemische Therapie eine kürzere Therapiedauer. Im Abschlussbericht heißt es dazu:

„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.“ (S.528)

Dem Selbstverständnis der Systemischen Therapie ist es immanent, wann immer möglich kurzzeittherapeutisch zu arbeiten (vgl. hierzu z. B. das bei den Studien von Knekt (2004) zugrunde gelegte Manual von de Shazer).

Auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen hat systemische Therapie durch die Einbeziehung von weiteren Familienangehörigen eine gewaltige Auswirkung auf die Inanspruchnahme von weiteren Gesundheitsleistungen. Die Arbeitsgruppe um Russell Crane analysierte hierfür Krankenkassendaten von mehreren Hunderttausend Versicherten aus den USA und Kanada.

In der Teilstichprobe der „high utilizers“ (= 4+ „health care visits“ in den 6 Monaten vor Therapiebeginn; N = 65) reduzierten sämtliche Probanden die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den sechs Monaten nach Therapiebeginn um etwa 50%. Einzeltherapie führte zu Reduktionen um 48%, Paar-/Familientherapie zu Reduktionen um 50-57%. Die größte Kostenreduktion (-57% Arztbesuche) trat bei Erwachsenen auf, die an einer Paar-/Familientherapie teilnahmen, selbst aber nicht Inexpatienten waren (Law, Crane, & Berge, 2003).

Mit den Daten von *Cigna*, einer US-weiten Krankenversicherung mit über 9 Millionen Mitgliedern wurden Analysen aller Psychotherapie-Fälle aus den Jahren 2001-2004 durchgeführt: Beim Vergleich der Therapieergebnisse von Behandlern mit unterschiedlicher Qualifikation hatten „marriage and family therapists“ den größten Therapieerfolg (86,5%) und die geringsten Rezidivraten (13,5%). Familien-/Paartherapie war kosteneffektiver als Einzeltherapie oder „mixed therapy“ (Einzel- plus Familientherapie) (Crane & Payne, 2011). *Paar- und Familientherapeuten hatten die geringste „drop-out“ Rate und arbeiteten kosteneffektiver als Ärzte oder andere Behandler* (Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett, 2011).

Bei Patienten mit *Schizophrenie*-Diagnose sparte jede einzelne Familientherapie-Sitzung \$568 an Gesundheitskosten für andere psychologische/psychotherapeutische Behandlungen ein. Zusätzlich wurden für jede einzelne Familientherapie-Sitzung weitere Kostenersparnisse für allgemeine medizinische Leistungen (\$580) und Hospitalisierungen (\$796) belegt (Christenson, Crane, Bell, Beer, & Hillin, 2014).

In Chile führten drei Sitzungen einer systemischen „Brief Family Intervention“ bei Patienten mit *somatoformer Störung* (ohne somatischen Befund) zu sehr starken Reduktionen der nachfolgend in Anspruch genommenen Gesundheitskosten im Vergleich zu einer „Treatment as usual (TAU)“ Gruppe: In Monat 1-6 nach der Intervention verursachte die TAU-Gruppe 21 mal so viel Gesamt-Gesundheitskosten, im Monat 7-12 verursachte die TAU Gruppe noch durchschnittlich viermal so viele Kosten wie die ST-Gruppe (Schade, Torres, & Beyebach, 2011).

Weitere Ergebnisse sind in Anhang 4 tabellarisch dargestellt.

12 Literatur-Update

Seit der Literaturrecherche des IQWiG sind bereits weitere RCT-Studien zur Systemischen Therapie veröffentlicht worden und erbringen weitere Nutznachweise. In Anhang 2 sind diese Studien aufgeführt.

13 Abschlussfazit

Die BE von KBV, DKG und PatV sieht den Nutzen Systemischer Therapie als Richtlinienverfahren für nachgewiesen an. Es stützt sich dabei auf die Ergebnisse des IQWiG, während der GKV-SV eine eigene Methodik verwendet, die sich nicht an den gültigen Standards der Evidenzbasierten Medizin und Psychotherapie orientiert. Cochrane, GRADE, AHRQ und das IQWiG selbst sprechen hierzu eine eindeutige Sprache, die die Schlussfolgerungen des BE von KBV, DKG und PatV unterstützen.

Systemischer Therapie eine zu geringe Datenbasis zu unterstellen ist bei 33 eingeschlossenen RCT und Metaanalysen nicht gerechtfertigt. Nutzen und Nichtunterlegenheit sind bereits nachgewiesen. Weitere Studien neuesten Datums, die vom IQWiG noch nicht berücksichtigt werden konnten, untermauern den Nutzen von Systemischer Therapie. US-amerikanische Krankenkassendaten zur Wirtschaftlichkeit sind eindeutig. International steht systemische Therapie nahezu überall den Versicherten zur Verfügung. Ein so wichtiger Bereich wie die psychotherapeutische Versorgung mit ihrer großen Breite von 13 Indikationsbereichen kann nicht nur mit zwei Behandlungsalternativen (den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren und dem behavioralen) auskommen. Das Votum der Patientenvertretung ist deswegen auch von besonderer Bedeutung.

14 Verwendete Literatur

- Chiang, F. (2011). *The cost effectiveness of individual and family therapy for Schizophrenia in managed care (master's thesis)*. Provo, UT: Brigham Young University.
- Christenson, J. D. (2008). *The effect of marital and family therapy on health care use over time (Doctoral dissertation)*. Provo, UT: Brigham Young University.
- Christenson, J. D., Crane, D. R., Bell, K. M., Beer, A. R., & Hillin, H. H. (2014). Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(3), 272-286. doi:10.1111/jmft.12021
- Christenson, J. D., Crane, D. R., Hafen, M., Jr., Hamilton, S., & Schaalje, G. B. (2011). Predictors of health care use among individuals seeking therapy for marital and family problems: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 33(4), 441-460. doi:10.1007/s10591-011-9159-1
- Crane, D. R., & Christenson, J. (2014). A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. In J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, & D. R. Crane (Eds.), *Medical family therapy: Advanced applications*. (pp. 419-436). Cham: Springer International Publishing.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2008). The medical offset effect: Patterns in outpatient services reduction for high utilizers of health care. *Contemporary Family Therapy*, 30(2), 127-138. doi:10.1007/s10591-008-9058-2
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., . . . Marshall, E. S. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 457-469. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Shaw, A. L., Fawcett, D., & Marshall, E. S. (2010). Predictors of health care use for children of marriage and family therapy clients. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9(4), 277-292.
- Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. F. (2005). Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy. *American Journal of Family Therapy*, 33(5), 403-413. doi:10.1080/01926180500276810
- Crane, D. R., Morton, L. B., Fawcett, D., Moore, A., Larson, J., & Sandberg, J. (2012). Somatoform disorder: Treatment utilization and cost by mental health professions. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34(3), 322-333. doi:10.1007/s10591-012-9182-x
- Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 273-289. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x

- Crane, D. R., Wood, N. D., Law, D. D., & Schaalje, B. (2004). The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26(1), 61-69. doi:10.1023/B:COFT.0000016912.25239.52
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216-221. doi:10.1192/bjp.178.3.216
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2011). Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Vol. Version 5.1.0). <http://handbook-5-1.cochrane.org/>: The Cochrane Collaboration.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T. L., El-Dika, S., Bhandari, M., Montori, V. M., Schünemann, H. J., . . . Guyatt, G. H. (2004). An observational study found that authors of randomized controlled trials frequently use concealment of randomization and blinding, despite the failure to report these methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(12), 1232-1236. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.03.017
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (1994). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Hans-Huber Verlag.
- Fawcett, D., & Crane, D. R. (2013). The influence of profession and therapy type on the treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(5), 453-465. doi:10.1080/0092623X.2012.665814
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., . . . Jaeschke, R. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383-394. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333-343. doi:10.1111/j.1752-0606.2010.00204.x
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1980). Vote-counting methods in research synthesis. *Psychological Bulletin*, 88(2), 359-369. doi:10.1037/0033-2909.88.2.359
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B. & Schweitzer, J. (2018). Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/Journal of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*, 64(1), 63. doi: 10.13109/zptm.2018.64.1.39
- Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, Sander, A., Mander, J., Bents, H., Ditzen, B. & Schweitzer, J. (eingereicht). Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST).
- Jakubowski, S. F., Crane, D. R., Christenson, J. D., Miller, R. B., Marshall, E. S., & Hafen, M., Jr. (2008). Marriage and family therapy research in health care: Investigating the accuracy of self and family reports of medical use. *American Journal of Family Therapy*, 36(5), 437-448. doi:10.1080/01926180701441320

- Kahan, B. C., Cro, S., Dore, C. J., Bratton, D. J., Rehal, S., Maskell, N. A., . . . Jairath, V. (2014). Reducing bias in open-label trials where blinded outcome assessment is not feasible: strategies from two randomised trials. *Trials*, 15, 456. doi:10.1186/1745-6215-15-456
- Kahan, B. C., Rehal, S., & Cro, S. (2015). Blinded Outcome Assessment Was Infrequently Used and Poorly Reported in Open Trials. *PLoS ONE*, 10(6), e0131926. doi:10.1371/journal.pone.0131926
- Knekt, P., & Lindfors, O. (2004). *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* (Vol. 77). Helsinki: Kela.
- Knekt, P., Lindfors, O., Heinonen, E., Maljanen, T., Virtala, E., & Härkänen, T. (in Druck). The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders. In M. Ochs, M. Borcsa, & J. Schweitzer (Eds.), *Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods*. Cham: Springer International.
- Lau, J., Schmid, C. H., & Chalmers, T. C. (1995). Cumulative meta-analysis of clinical trials builds evidence for exemplary medical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(1), 45-57. doi:10.1016/0895-4356(94)00106-Z
- Lau, M., & Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 96-104. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00977.x
- Law, D. D., & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(3), 281-291. doi:10.1111/j.1752-0606.2000.tb00298.x
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, J. M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 353-363. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01212.x
- McPheeters, M., Butler, M., Maglione, M., Viswanathan, M., O'Neil, M., Epstein, R., . . . Chang, C. (2015). *Challenges in conducting EPC reviews of behavior change interventions*. Retrieved from Rockville, MD: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final/cfm
- Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, 19(1), 407. doi:10.1186/s13063-018-2733-1
- Moore, A. M., & Crane, D. R. (2014). Relational diagnosis and psychotherapy treatment cost effectiveness. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 36(2), 281-299. doi:10.1007/s10591-013-9277-z
- Moore, A. M., Hamilton, S., Crane, D. R., & Fawcett, D. (2011). The influence of professional license type on the outcome of family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 39(2), 149-161. doi:10.1080/01926187.2010.530186
- Morgan, T. B., Crane, D. R., Moore, A. M., & Eggett, D. L. (2013). The cost of treating substance use disorders: Individual versus family therapy. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 2-23. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x
- Movsisyan, A., Melendez-Torres, G. J., & Montgomery, P. (2016). Outcomes in systematic reviews of complex interventions never reached "high" GRADE ratings when

- compared with those of simple interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 78, 22-33. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.03.014
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *Journal of the American Medical Association*, 319, 1024-1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
- Pinquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241-257. doi:10.1080/10503307.2014.935830
- Sydow, K. v., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family process*, 49(4), 457-485. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, J., Clark, D. M., & Crawford, M. J. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: national cross-sectional survey in England and Wales. *BMC Psychiatry*, 16(1), 4. doi:10.1186/s12888-015-0702-8
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Bekanntmachungen - Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(5), A208-A211. doi:https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63232
- Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007). Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. BonnSchade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Families, Systems, & Health*, 29(3), 197-205. doi:10.1037/a0024563

Anhang 1: Einschätzung des Verfahrens von Dr. Rainer Hess

RA Dr. Rainer Hess, Köln, bewertet das Verfahren wie folgt:

Welche methodischen Anforderungen können an den Nachweis des Nutzens der Systemischen Therapie gestellt werden, wenn die „anerkannten“ Psychotherapieverfahren ihrerseits ohne Studiennachweis als bei Inkrafttreten des PsychThG bereits vertraglich in die kassenärztliche Versorgung eingebundene Verfahren kraft Gesetzes als „theoretisch fundiert und in der Praxis hinreichend bewährt“ anerkannt sind (BSG Urt. v. 28.10.2009 – B- 6 KA 11/09 R, BSGE 105, 26 = SozR 4-2500 §92 Nr. 8 (Rn. 25)), die wissenschaftliche Basis für die Nutzenbewertung in der Psychotherapie insgesamt entsprechend den insoweit unstrittigen Bewertung durch das IQWiG bisher jeweils nur Anhaltspunkte für einen Nutzenbeleg zulassen und die vom GKV-Spitzenverband geforderte hochwertige, prospektiv registrierte Studie mangels Verblindungsmöglichkeit der Therapeuten und Patienten in der praktischen Umsetzung jedenfalls bisher auf unlösbare Schwierigkeiten stößt.

1. Das IQWiG hat zwar auf die Probleme einer in der Psychotherapie unzulänglichen Studienlage hingewiesen und bessere Forschungsergebnisse angemahnt. Es hat jedoch eine die Anerkennung als Psychotherapieverfahren empfehlende Bewertung der vorgelegten Studie vorgenommen, weil mit besseren Forschungsergebnissen in der Psychotherapie in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist.
2. Bei der Entscheidung des G-BA für ein Potenzial eines möglichen Nutzens müsste entsprechend der Begründung des GKV-Spitzenverbandes eine Vielzahl von Indikationen einbezogen werden (z.B. Panikstörungen, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobien und die generalisierte Angststörung) und als zweckmäßige Vergleichstherapie die anerkannten Psychotherapieverfahren zugrunde gelegt werden. Es stellt sich die Frage, wie eine solche Erprobung unter den dann ja einzufordernden strengen Bedingungen hochwertiger prospektiv registrierter Studien mit vertretbaren Kosten in angemessener Zeit durchgeführt werden sollen.
3. Es war vor diesem Hintergrund entgegen der Auffassung des GKV-Spitzenverbandes gerechtfertigt, nicht die gesetzlich anerkannten Behandlungsverfahren als Vergleichstherapie festzulegen, deren Anerkennung nicht auf einer Studienbewertung basiert. In den §§19,26 PsychTh-RL geht es nicht um den Nachweis eines Zusatznutzens gegenüber anerkannten Verfahren, sondern um einen Nutzenbeleg, der die in §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 festgelegten Anwendungsbereiche und i.V.m. §26 bestimmte Indikationen und Störungen abdecken muss.
4. Dem Urteil des BSG lag bezogen auf die Gesprächspsychotherapie eine entsprechend der Bewertung des IQWiG vergleichbar schwache einzelne Studie zu Grunde. Trotzdem ist isoliert für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen ein Nutzen bejaht worden, der sich nur deswegen nicht auf die Anerkennung der Gesprächstherapie als Behandlungsverfahren ausgewirkt hat, weil sich für die anderen in §§19 Abs, 1 S. 1 Nr. 2, 26 PsychTh-RL aufgelisteten Störungen kein Nutzen belegen ließ. Das BSG hat trotzdem dem G-BA nahegelegt, zur Abwendung sonst zu erwartender Kostenerstattungsansprüche, zu erwägen, eine Methodenankennung für diese Indikation mit Leistungsberechtigung der bereits zugelassenen Leistungserbringer einzuführen.
5. Anhaltspunkte für einen Nutzen führen auch in anderen Bereichen (Arzneimittelbewertung) zu einer positiven Nutzenbewertung, ohne dass durch Auflagen und Befristungen weitergehende Studiennachweise eingefordert werden. Die Reduzierung auf ein Potential erfolgt nur dann, wenn keine ausreichend bewertbaren RCT vorliegen.

Die Reduzierung der Bewertungssicherheit auf Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Nutzens ist somit kein Grund für die Nichtanerkennung der Systemischen Psychotherapie als Behandlungsverfahren nach §19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 PsychTh-RL, da auch nach der Bewertung durch das IQWiG in der Psychotherapie zumindest derzeit keine höhere Bewertungssicherheit erreichbar ist und dieser Mangel auch durch eine bei Reduzierung der Bewertung auf ein Potenzial erforderlichen Beauftragung einer Erprobungsstudie unter notwendiger Einbeziehung einer Vielzahl von Indikationen nicht behoben werden kann.

Anhang 2: Weitere Studien

Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., ... & Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833.

Haddock, S. A., Weiler, L. M., Trump, L. J., & Henry, K. L. (2017). The efficacy of internal family systems therapy in the treatment of depression among female college students: A pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(1), 131-144.

Han, H., Zhang, H., Zhang, H., Gao, X., Zhang, W., & Zhang, S. (2015). Study on the curative effect of eszopiclone tablets combined with systemic family therapy for generalized anxiety disorder and its effect on the social and cognitive function [in Chinese]. *Chinese Journal of Practical Nervous Diseases*, 23, 15.

Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462.

Murnan, A., Wu, Q., & Slesnick, N. (2017). Effects of Ecologically-Based Family Therapy with substance-using, prostituting mothers. *Journal of Family Therapy*. doi: 10.1111/1467-6427.12187.

Piyavhatkul, N., Arunpongpaisal, S., Patjanasontorn, N., Rongbutsri, S., Maneeganondh, S., & Pimpanit, W. (2017). Effectiveness of Family Therapy Based on the Satir Model in Family of Patients with Schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(6), 670.

Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A. M., Gąsecki, D., & Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury*, 31(11), 1507-1512.

Zhang, W., Zhang, J., Song, W., Han, H., & Xu, L. (2017). A randomized single-blind controlled study of systemic family therapy on 186 patients with schizophrenia [in Chinese]. *Chinese Journal of Clinicians*, 11, 7.

Anhang 3: Studie von Knekt et al. (in Druck)

The effectiveness of three psychotherapies of different type and length in the treatment of patients suffering from anxiety disorders

Running title: The effectiveness of three psychotherapies of anxiety disorders.

P.H.D Paul Knekt¹, PhD Olavi Lindfors¹, PhD Erkki Heinonen¹, M.Soc.Sci Timo Maljanen²,
Mr. Esa Virtala¹, PhD Tommi Härkänen¹.

¹National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

²Social Insurance Institution, Helsinki, Finland

No disclosure of interest.

Address for correspondence: Dr. Paul Knekt, National Institute for Health and Welfare,
P.O.Box 30, 00271 Helsinki, Finland, paul.knekt@thl.fi

Abstract

Data on the comparative effect of short- and long-term psychotherapy in anxiety disorders is scarce.

The study compared outcomes of two short-term therapies and one long-term psychotherapy in the treatment of patients with anxiety disorders in secondary analyses of a large randomized trial. Altogether 50 outpatients with anxiety disorders as the only axis I diagnosis, were randomized to long-term psychodynamic psychotherapy (LPP), short-term psychodynamic psychotherapy (SPP), and solution-focused therapy (SFT) and were followed for 5 years. The outcome measures were psychiatric symptoms, work ability, need for psychiatric treatment, remission, and cost-effectiveness. During the first year of follow-up, no significant outcome differences were noted. During the following 3 years, LPP and SFT more effectively reduced symptoms, improved work ability, and elevated the remission rate than SPP. No significant differences between LPP and SFT were seen. At the end of the follow-up, the use of auxiliary treatment was lowest in SFT whereas no other outcome differences were noted. The average total direct costs were about three times higher in LPP than in the short-term therapy groups. In conclusion, the resource-oriented SFT may be a cost-effective option in this patient group, while unconsidered allocation of patients to LPP does not appear to be cost-effective.

Keywords: Anxiety; Effectiveness; Long-term psychotherapy; Psychodynamic; Randomized trial; Short-term psychotherapy; Solution-focused

HIGHLIGHTS

- Persons with non-comorbid anxiety disorder are a group of patients for whom short-term and cost-effective treatments can be applied
- Short-term psychodynamic psychotherapy which is not anxiety disorder specific, may be less effective than solution-focused therapy and long-term psychodynamic psychotherapy for these patients
- A subgroup of patients with non-comorbid anxiety disorder require additional therapy for gaining remission

1. Introduction

For a patient with a given mental disorder, determining the optimal type and duration of psychotherapy often requires considering multiple factors, with psychiatric co-morbidity being one of the most common (Laaksonen et al., 2012; Newby et al., 2015). Theoretical (Gabbard et al., 2002; Perry and Bond, 2009) and empirical (Falkenstrom et al., 2007; Sandell et al., 2000) grounds suggest long-term therapies facilitate psychological growth, adaptation, and symptom reduction even years after treatment termination, which may be needed in the treatment of patients with relatively enduring and more severe problems as typically reflected in psychiatric co-morbidity. Accordingly, it has been shown that long-term psychodynamic psychotherapy more effectively reduces symptoms and improves work ability than short-term psychotherapies in the treatment of patients with “complex” mental disorders consisting of the co-morbid conditions of depression, anxiety, and/or personality pathology (Knekt et al., 2016; Leichsenring and Rabung, 2011). In patient groups with lesser psychiatric severity, dysfunction and psychological complexity the superiority of LPP in comparison to less intensive and shorter therapies may not be as apparent.

Offering the least intensive intervention required for recovery is also among the principles of stepped care treatment guidelines (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011). However, since co-morbidity is often the rule rather than the exception (Newby et al., 2015), it is highly relevant both for clinical decision-making and organizing services to identify the patient groups where the effectiveness of short-term therapy is likely to be as effective as long-term therapy.

The prevalent first-line psychotherapeutic treatments recommended for patients with some anxiety disorder are cognitive-behavioral short-term therapies, supported by higher-level evidence than other short- or long-term therapies, in which there is a lack of clinical trials (Bandelow et al., 2014). Psychodynamic therapies, which in treatment recommendations are usually considered second-line options, stress the importance of early conflictual relationship

experiences, characterized often by conscious and unconscious fears of abandonment. These are understood to result in avoiding certain experiences and avoiding the expression of one's feelings and wishes, and thus create the foundation for clinical anxiety symptoms (Busch et al., 2011; Luborsky, 1984). In short-term psychodynamic psychotherapy (SPP), the aim of exploring intensively a dynamically central conflictual problem area is to facilitate emotional insight and self-understanding by linking past experiences to the present anxiety symptoms, while in LPP a wider scope of related problems can be worked through (Gabbard, 1992, 2004) suggesting that SPP may better suffice for patients with milder symptoms. Recent findings based on the effectiveness of diverse short-term therapies in routine care, i.e. in treating patients with lesser psychiatric complexity, have shown relatively good results of psychodynamic brief therapies, comparable to cognitive therapies using a more directive orientation (Holmqvist et al., 2014), whereas little is known of comparative effects of other treatment orientations during a long-term follow-up.

In contrast to the psychodynamic psychotherapies, the outcome of solution-focused therapy (SFT), to our knowledge, has not previously been studied in a clinical trial, in comparison to other psychotherapeutic treatment models in the treatment of anxiety disorders. In a patient-population with depressive and/or anxiety disorders the outcomes of SFT have been comparable to those treated by SPP during a long-term follow-up (Knekt et al. 2013). One randomized trial has suggested that a specific resource-oriented focus, based on SFT principles, is associated with greater reduction of psychiatric symptoms by the end of therapy in patients with social anxiety disorder when treated by a combined model of SFT and cognitive therapy (CT) versus traditional CT, whereas in more long-term follow-up no differences in outcome were seen (Willutzki et al. 2004, 2012). SFT does not base its technique on assumptions regarding the etiology of the disorder. Instead, it focuses on identifying exceptions in encountering the problem, and/or examples of dealing with it effectively, thereby enhancing the person's resources to find new practical solutions in his or

her situation (de Shazer et al., 1986; Trepper et al., 2010). SFT also differs from psychodynamic psychotherapies in being carried out with lesser frequency, as it is not predicated on an intense patient-therapist relationship as part of the treatment strategy. This therapy might thus especially suffice for persons with anxiety disorders only, for whom symptom severity and personality-related problems are milder than in complex anxiety and depressive disorder (Penninx et al., 2011).

There is still a lack of information on the effectiveness of short-term therapies having a different theoretical conception in comparison with long-term therapies in patients with relatively benign disorder. We therefore decided to compare the clinical outcomes of SPP and SFT with that of LPP during a 5-year follow-up in the specific diagnostic group of patients suffering from anxiety disorders as their only axis I mental disorder.

2. Methods

2.1. Subjects and study design

Outpatients from psychiatric services in the Helsinki region, aged 20-46 years, and having long-standing (> one year) depressive or anxiety disorders causing work dysfunction were considered eligible for the Helsinki Psychotherapy Study (HPS) (Knekt and Lindfors, 2004). Patients with psychotic disorder, severe personality disorder, adjustment disorder, bipolar disorder or substance abuse were excluded. A total of 459 eligible patients were referred to the study between June 1994 and June 2000. Of these, 133 refused to participate. Using a randomized design, the remaining 326 patients were assigned to one of three treatment groups: solution-focused therapy (SFT, N = 97), short-term psychodynamic (SPP, N = 101) and long-term psychodynamic psychotherapy (LPP, N = 128). Patients gave written informed

consent and the study was approved by the Helsinki University Central Hospital's ethics council.

At baseline 50 patients (SFT, N = 13; SPP, N = 22; LPP, N = 15) suffered from non-comorbid anxiety disorders, i.e. having no other Axis I disorders (**Table 1**). The most usual anxiety disorder diagnoses were social phobia and anxiety disorder not otherwise specified (NOS). Altogether 20% of the patients had non-severe personality disorder on Axis II, most usually of the NOS type. At baseline the mean level of psychiatric symptoms of the patients was in the clinical range (Knekt and Lindfors, 2004). In comparison to the HPS patients with depressive and comorbid Axis I disorders, the anxiety disorder patients had lesser psychiatric severity and dysfunction. Of the participants, 1 allocated to SFT, 1 to SPP and 4 to LPP did not receive the treatment (**Figure 1**). Of the patients starting the assigned therapy, none assigned to SFT, 2 to SPP and 3 to LPP discontinued the treatment prematurely. The patients were mainly women (66%) and the mean age of the patients was 32 years (SD = 6).

Of the patients allocated to the therapy, the participation rate in the assessments was high, being 76% at the 5-year follow-up point. The participation, however, varied considerably between therapies (i.e. SFT 77%, SPP 68%, and LPP 87%).

2.2. Therapies and therapists

SFT (de Shazer et al., 1986) included 12 therapy sessions and SPP (Malan, 1976) 20 therapy sessions, with both therapies lasting about half a year. The frequency of therapy sessions differed between these short-term therapies, being once a week in SPP and once every second or third week in SFT. LPP was open-ended, lasting about 3 years and consisting of about 240 sessions, with a frequency of usually twice a week (Gabbard, 2004). Only SFT was

manualized. The psychodynamic therapies were conducted in accordance with clinical practice, where the therapists might modify their interventions according to the patient's needs within the respective frameworks. All the therapists had received standard training and were experienced: The mean number of years of work experience was 9 in the short-term and over 15 years in the long-term therapies.

2.3. Assessments

Psychiatric diagnoses on axis I and II (American Psychiatric Association, 1994) were assessed at baseline using a semi-structured interview (Knekt and Lindfors, 2004).

The outcome measures, covering different measures of psychiatric symptoms, work ability, need for treatment (auxiliary treatment), and remission were administered prior to the start of treatment and at 6 pre-chosen time points (i.e. 1, 1.5, 2, 3, 4, and 5 years) during a 5-year follow-up from start of treatment.

The assessment of psychiatric symptoms and work ability were based on self-report questionnaires. Psychiatric symptoms were assessed using the Symptom Check List (SCL-90) (Derogatis et al., 1973) and the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1988; Beck et al., 1961). Work ability was assessed using the Perceived Psychological Functioning (PPF) (Lehtinen et al., 1991), the Work-subscale (SAS-Work) of the Social Adjustment Scale (SAS-SR) (Weissman and Bothwell, 1976), and the Work Ability Index (WAI) (Ilmarinen et al., 1997; Tuomi et al., 1998), with the question on current employment status collected by a single item included in a follow-up questionnaire developed in the project.

Information on the use of psychotropic medication (antidepressant, anxiolytic, neuroleptic and psychiatric combination medication), additional psychotherapy (individual short-term or long-term, group, couple or family or other), and hospitalization for psychiatric reasons were continuously assessed during the 5-year follow-up using questionnaires and nationwide public health registers (Knekt et al., 2011). Remission from psychiatric symptoms (measured by

SCL) at every measurement point of the follow-up, was defined as a 50% reduction of symptoms in comparison to the baseline level or a measurement value lower than the remission level (i.e. SCL-90-ANX < 0.9, SCL-DEP < 0.9, and SCL-GSI < 0.9) (Holi et al., 2003), and simultaneously a lack of considerable auxiliary treatment (use of psychotropic medication for at least 6 months, psychotherapy for at least 20 sessions or hospitalization due to psychiatric reason) at the measurement point.

The direct costs taken into account in this study due to the treatment of mental disorders comprised costs accruing from 1) protocol-based and additional SFT, SPP, and LPP sessions, 2) auxiliary psychotherapy sessions (individual short- or long-term therapy, group, couple or family therapy or other), reflecting the insufficiency of the protocol-based therapies, 3) outpatient visits due to mental disorders, 4) psychotropic medication, 5) inpatient care due to mental disorders, and 6) travelling due to therapy visits (Maljanen et al., 2016).

Primary measures were, SCL-90-GSI, WAI, remission from psychiatric symptoms (measured by SCL), and direct costs.

2.4. Statistical methods

The effectiveness of the three therapies was studied in a design with repeated measurements of the outcome variables mainly using “intention-to-treat” (ITT) analyses (Härkänen et al., 2016; Härkänen et al., 2005; Knekt et al., 2008a). Linear mixed models were used (Verbeke and Molenberghs, 1997) and model-adjusted statistics using predictive margins were calculated for different time points and treatment groups (Graubard and Korn, 1999; Lee, 1981). The delta method was used for calculating confidence intervals (Migon and Gamerman, 1999). Statistical significance was tested using the Wald test.

The basic model included the main effects of follow-up time, treatment group, and the first order interaction of time and treatment group. A full model also adjusted for the specific

diagnoses of anxiety disorders and personality disorders. Both models were further adjusted for the baseline level of each outcome measure in a completed model. The results of the full model were presented when the model could be estimated.

The costs of the three therapy groups were compared by calculating the annual mean costs as well as the mean costs for the whole 5-year follow-up period. The costs were not discounted (Maljanen et al., 2016).

The statistical analyses were performed using SAS software 9.3 (SAS Institute Inc, 2011).

3. Results

3.1. Psychiatric symptoms and work ability

Changes in **psychiatric symptoms** during the 5-year follow-up are presented in **Table 1**. A statistically significant decrease from baseline to the end of the follow-up was seen in all measures and in all therapy groups. The average change in the four psychiatric symptom measures varied from 52.6% to 75.6%, from 29.0% to 53.0%, and from 48.5% to 65.0% for the SFT, SPP and LPP groups, respectively. During the first year of follow-up no statistically significant differences in the outcomes between the three therapies were noted. During the following 3 years, psychiatric symptoms were statistically significantly more effectively reduced in LPP and SFT than in SPP for all symptom measures considered. For the primary measure SCL-90-GSI the mean difference between SPP and SFT was 39.7 % (95% confidence interval (CI) = 4.8, 74.7) and between SPP and LPP 47.7% (CI = 13.4, 81.9) at the 4 -year of follow-up point. No significant differences in symptom reduction were seen between LPP and SFT.

Changes in **work ability** are presented in **Table 2**. All three measures were significantly improved during follow-up for all three therapy groups. The average changes varied from 16.2% to 25.5%, from 9.2% to 15.7%, and from 9.3% to 19.1%, for SFT, SPP and LPP,

respectively. SPP showed statistically significantly less improvement than SFT at some time points for the outcome measures SAS-work and the primary measure WAI. At the end of follow-up WAI was 12.0% (CI = 9.2, 23.0) more improved in the SFT group than in the SPP group.

3.2. Need for treatment

At the end of follow-up, the use of auxiliary psychiatric treatment (psychotropic medication, psychotherapy or hospitalization) was relatively low (i.e. 9% in the SFT and 36% in the SPP and the LPP groups) (**Figure 2a**). This difference between SFT and the psychodynamic psychotherapies was mainly due to statistically significantly greater use of psychotropic medication in the psychodynamic therapy groups (i.e. 0%, 32%, and 34% in the SFT, SPP and LPP groups, respectively) (**Figure 2b**). The patients receiving LPP used no auxiliary therapy during the two last years of follow-up (**Figure 2c**). One hospitalization for psychiatric reasons was observed in the SPP group during the 2nd to 4th year of follow-up.

Study of the cumulative auxiliary use of therapy during the entire follow-up, showed twice as many therapy users in the SPP (35%) as in the SFT (17%), although no statistical significance was reached (**Table 4**). The mean number of auxiliary therapy sessions was 7-10-fold in the short-term therapy groups in comparison to LPP (**Table 5**).

3.3. Remission

The remission rate increased in all therapy groups and for all three outcome measures (**Table 6**). There was significantly less improvement in SPP in comparison to SFT and LPP in several measurement points. SFT gave about 40% higher prevalence of remission from psychiatric symptoms than SPP during three consecutive years of follow-up; the prevalence differences between SFT vs SPP were 0.42, 0.47 and 0.39 for the second, third, and fourth follow-up year, respectively. No significant differences were seen between SFT and LPP. The remission

rates at the end of follow-up did not statistically significantly differ between the three therapy groups (78%, 56%, and 75%, for SFT, SPP and LPP, respectively).

3.4. Cost-effectiveness

The average total undiscounted direct costs of persons belonging to the LPP group (EUR 19 755) were approximatively three times as high as those of persons belonging to the SFT group (EUR 6314) or SPP group (EUR 6265). This significant difference was mainly due to the greater total costs of the LPP sessions. The cost difference between SFT and SPP was small, and in both groups the main cost driver was auxiliary psychotherapy. The costs of all groups were highest when the study therapies were in progress, i.e. during the first year in the SFT and SPP groups and during the first three years in the LPP group (**Figure 3**). After LPP had been terminated, the costs of the LPP group decreased remarkably and during the 4th and 5th year they were somewhat smaller than those of the SFT or SPP patients. Because of the small differences in effectiveness of SFT and LPP, the former can be considered more cost-effective.

4. Discussion

4.1. General findings

This study compared the outcomes of two short-term therapies and long-term psychodynamic psychotherapy (LPP) among patients with anxiety disorders as the only axis I mental disorder. The main finding was that SFT, the least intensive therapy with the lowest number of sessions of the therapies studied, appeared to produce outcomes comparable with LPP, the most intensive and longest therapy. This new finding demonstrates the potential of a resource-oriented approach in the treatment of patients with anxiety disorders only. It is in line with the claim that resource-oriented therapeutic models may be needed to challenge the more traditional psychotherapeutic deficit models that concentrate on working with underlying conflicts or changing developmentally based maladaptive thinking and behavior (Priebe et al., 2014). Whereas a previous study on patients with social anxiety disorder with relatively frequent comorbidities found no additional long-term benefit of a resource-oriented focus when comparing a combined SFT-CT in comparison to traditional CT (Willutzki et al. 2012), our study suggests that the lack of comorbidity of anxiety disorder patients may increase the potential of SFT in the long run also. The results suggesting inability of LPP to show benefits significantly greater than SFT in symptoms and work ability indicate that the theoretical and therapeutic model behind it - based on identifying, exploring, and working through developmentally induced vulnerability to anxiety - is not essential to achieving sustained changes in this less complex patient group, at least on these outcome domains (Gabbard, 1992). Greater benefits might, however, be expressed in other outcome domains (Gibbons et al., 2009; Lindfors et al., 2015).

No differences between the groups emerged during the first year after the treatments started. These findings differ from those observed in the total sample of the Helsinki Psychotherapy

Study, where SFT and SPP both produced faster decreases in symptoms as well as increase in work ability than LPP (Knekt et al., 2008a; Knekt et al., 2008b). Thus it may be that anxiety patients with relatively benign intrapsychic and interpersonal problems (Knekt and Lindfors 2004) did not, even in LPP, engage in or need thorough exploration of such problems during the first year of therapy as patients with more heterogeneous problems - for whom, in turn, an intense treatment such as LPP often prolongs the experience of early reduction of manifest symptoms, albeit leading to greater long-term symptom reduction and more improved work ability (Knekt et al., 2013).

Our study also gave preliminary evidence of potentially greater benefits of SFT in contrast to SPP in this patient group. As a previous meta-analysis indicated that the effectiveness of SPP in the treatment of anxiety disorders does not differ from that of alternative therapies (Keefe et al., 2014), our preliminary finding indicates the need for further research to understand more deeply what specific treatment strategies and aspects of the therapy process of SFT were considered by the patients as more helpful than in SPP. The fact that SPP has only recently been developed as a manualized treatment for anxiety disorders (Busch et al., 2011; Leichsenring et al., 2014), and has shown comparable effectiveness to cognitive therapy (Leichsenring et al., 2007, 2014) may account for the poorer response of SPP in this study, since here a non-manualized model was used. Furthermore, the exclusion of patients with comorbid depressive disorders and the relatively lower severity of interpersonal problems of these patients in comparison to the HPS total sample (Knekt and Lindfors, 2004) may account for the outcome differences found between SPP and SFT (Wiltink et al., 2016). In line with our findings and the hypotheses that the lack of comorbidity and specific anxiety-related technique may be relevant for the differences found between SFT and SPP, Rakowska (2011) has shown that a variation of solution-focused therapy, brief strategic therapy, was more

effective in reducing symptoms of anxiety in comparison to minimal supportive therapy in patients with anxiety disorder only but not in those with comorbidity.

Additional differences were observed between both of the psychodynamic therapies and SFT in the use of additional psychiatric treatment. Remarkably, no patients were on psychotropic medication in the SFT group at the final 5-year follow-up, in contrast to about a third of patients in SPP and LPP. These differences may be due to the SFT approach, which strongly guides the patient to rely on his/her own decision-making abilities and expertise rather than following the medical deficit model (de Shazer, 1985) and corresponding pharmacological help. It may also be due to other unknown differences in therapists' advice and patients' treatment-seeking behavior after the therapies.

A strong argument, from the societal perspective, for SFT for having potential as a cost-effective treatment in treating patients with anxiety disorders was its overall effectiveness, comparable to LPP, but with significantly lower costs. In case these findings can be replicated and generalized, an average net cost saving during the 5-year follow-up of more than EUR 13 000 per patient in comparison to LPP, suggests that the brief resource-oriented model of SFT might be a favourable option from an economic and public health perspective, and that LPP would apparently be more appropriate for patients with more complex disorders.

The majority of treatment guidelines based on clinical trials on the effectiveness of psychotherapies for anxiety disorders highlight the beneficial effects of brief cognitive-behavioral treatment (CBT) models, including exposure techniques (Cuijpers et al., 2016), and recently also suggest comparable effects of low-dose internet-based vs. face-to-face therapy programs (Anderson et al., 2014). There are thus several options of potentially cost-effective short-term treatments for this patient group and accordingly a need for additional studies comparing the effectiveness of the CBT treatments with SFT and with the more recent

applications of SPP and other short-term therapy modalities, while covering outcomes more comprehensively (Knekt et al., 2015).

4.2. Methodological considerations

A strength of this randomized clinical trial comparing the outcomes of short- and long-term psychotherapy was the exceptionally long follow-up, with 10 repeated measurements of the outcome variables during a 5-year follow-up. The inclusion of information about the use of auxiliary treatment during the entire follow-up is also of importance, as it gave the possibility to evaluate the net remission from psychiatric symptoms.

The main limitation of this study is the fact that only 50 patients with anxiety disorders as the only Axis I disorder were included in this study. Given the small number of patients, divided into three therapy groups (SFT=13, SPP=21, LPP=15), the associations or lack of them may be due to chance findings. Additionally, the fact that every fourth of the patients randomized to LPP did not start the treatment compared to the average 5% in the short-term therapy groups – although initial preference for short- vs. long-term therapy was rarely mentioned – may potentially bias the results despite the difference was taken into account in the statistical analyses as a potential confounding factor.. Thus no firm conclusion about a lack of differences in the effectiveness of SFT and LPP can be made. Due to the small number of patients, those with personality disorder could not be excluded, which may have favored LPP, which is often considered necessary for working through pervasive personality-related problems (Leichsenring and Rabung, 2011; Lindfors et al., 2015). Similarly, due to the small number of patients, it was not possible to separately investigate the effects of the therapies in different anxiety disorder subgroups. However, adjustment for differences in anxiety and personality disorders performed, apparently has excluded the possibility for bias.

The focus of this study on patients with anxiety disorders as the only axis I disorder is based on a disorder-specific approach that has long been the dominant approach in psychiatric research (Newby et al., 2015). However, it has practical limitations, such as not considering the high degree of comorbidity of different anxiety disorders (Andrews et al., 2002) or the comorbidity of anxiety and depressive disorder, which is generally between 30% and 80% (Brown et al., 2001; Moffitt et al., 2007), being 28% in the HPS total sample (Knekt and Lindfors, 2004). Therefore, as comorbidity is associated with greater severity and a poorer prognosis, a more complete picture of the potential of SFT, SPP and LPP in the treatment of anxiety disorders as a whole needs to be complemented by studies of comorbid conditions. Furthermore, unavoidable general weaknesses in this study were that, for ethical reasons, it was not possible to measure effectiveness using a control group; the lack of manuals for the psychodynamic therapies used, and the lack of blindness in the assessments (Knekt et al., 2008a). Moreover, because of the randomized design and patient selection based initially on the presence of a mood or an anxiety disorder and at least moderate level of symptoms, different patients' psychological suitability for the different therapies could not be taken into account when allocating the therapies. This possibly underestimated especially the effectiveness of the short-term therapies, which may require a considered selection of patients who are capable of recovering with brief treatment (Laaksonen et al., 2012).

This study suggests that SFT is more cost-effective than psychodynamic psychotherapies, being either as costly as SPP but more effective or as effective as LPP but less costly in the treatment of patients suffering from non-comorbid anxiety disorders. The therapy alone, however, does not guarantee remission. The incomplete effect of the therapy may be compensated for by additive therapy or use of psychiatric medication. To obtain deeper insight into which type of therapy to use further research should be carried out as well in

large-scale effectiveness studies as in naturalistic studies aiming at identifying individual suitability factors, which would inform on the optimal type and length of psychotherapy.

Acknowledgements

This study was supported by a grant from the Academy of Finland (grant no. 138876), the Finnish Cultural Foundation, the Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familietherapie (DGSF) and Systemische Gesellschaft (SG). The foundations had no role in the design, analysis or writing of this article.

The statistical analyses were carried out by Mr. Julius Rissanen.

References

- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, fourth ed. APA, Washington, DC.
- Anderson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E., 2014. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 13, 288–295.
- Andrews, G., Slade, T., Issakidis, C., 2002. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br. J. Psychiatry* 181, 306–314.
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., Beutel, M.E., 2014. The diagnosis and treatment recommendations for Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int* 111, 473–480.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G., 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 8, 77–100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 561–571.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., Mancill, R.B., 2001. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J. Abnorm. Psychol.* 110, 585–599.
- Busch, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B., Aronson, A.B., 2011. Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy - Extended range., first ed. Routledge, New York.
- Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R.M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., Cristea, I.A., 2016. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J. Anx. Dis.* 43, 79–89.
- de Shazer, S., 1985. Keys to solution in brief therapy. W. W. Norton & Company, New York.
- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M., 1986. Brief therapy: focused solution development. *Fam. Process* 25, 207–221.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L., 1973. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol. Bull.* 9, 13–28.
- Falkenstrom, F., Grant, J., Broberg, J., Sandell, R., 2007. Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 55, 629–674.
- Gabbard, G.O., 1992. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull. Menninger Clin.* 56, A3–13.
- Gabbard, G.O., 2004. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text, first ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Gabbard, G.O., Gunderson, J.G., Fonagy, P., 2002. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 505–510.
- Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L.A., Temes, C.M., Ring-Kurtz, S., 2009. Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 77, 801–813.
- Graubard, B.I., Korn, E.L., 1999. Predictive margins with survey data. *Biometrics* 55, 652–659.
- Holi, M.M., Marttunen, M., Aalberg, V., 2003. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nord J Psychiatry* 57, 233–238.
- Holmqvist, R., Strom, T., Foldemo, A., 2014. The effects of psychological treatment in primary care in Sweden—a practice-based study. *Nord J Psychiatry* 68, 204–212.
- Härkänen, T., Arjas, E., Laaksonen, M.A., Lindfors, O., Haukka, J., Knekt, P., 2016. Estimating efficacy in the presence of non-ignorable non-trial interventions in the Helsinki Psychotherapy Study. *Stat. Methods Med. Res.*, 25, 885–901.

- Härkänen, T., Knekt, P., Virtala, E., Lindfors, O., 2005. A case study in comparing therapies involving informative drop-out, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. *Stat. Med.* 24, 3773-3787.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Klockars, M., 1997. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand. J. Work. Environ. Health* 23 Suppl 1, 49-57.
- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P., 2014. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 34, 309-323.
- Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., Lindfors, O., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2015. 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* 229, 381-388.
- Knekt, P., Lindfors, O., 2004. 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, *Studies in social security and health*; 77. Social Insurance Institution, Helsinki.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2008a. 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.* 38, 689-703.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2008b. 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.* 107, 95-106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Renlund, C., Sares-Jäske, L., Laaksonen, M.A., Virtala, E., 2011. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. *J. Affect. Disord.* 135, 221-230.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., Härkänen, T., 2013. 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* 67, 59-68.
- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., Lindfors, O., 2016. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychol. Med.* 46, 1175-1188.
- Laaksonen, M.A., Lindfors, O., Knekt, P., Aalberg, V., 2012. Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity, and prediction. *Br. J. Clin. Psychol.* 51, 351-375.
- Lee, J., 1981. Covariance adjustment of rates based on the multiple logistic regression model. *J. Chronic Dis.* 34, 415-426.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, T., Lahtela, K., Raitasalo, R., Aromaa, A., 1991. Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. (In Finnish with an English summary: Mental health and mental disorders in Finnish adults). Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33, Helsinki and Turku.
- Leichsenring, F., Beutel, M., Leibing, E., 2007. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bull. Menninger Clin.* 71, 56-83.
- Leichsenring, F., Rabung, S., 2011. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 199, 15-22.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., Leibing, E., 2014. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *Am. J. Psychiatry* 171, 1074-1082.

- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T., Virtala, E., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2015. The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *J. Affect. Disord.* 173, 31-38.
- Luborsky, L., 1984. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books, New York, NY.
- Malan, D., 1976. *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice*. Plenum Medical Book Co, New York, NY.
- Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P., Härkänen, T., Helsinki Psychotherapy Study Group, 2016. 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.* 190, 254-263.
- Migon, H., Gamerman, D., 1999. *Statistical Inference: An Integrated Approach*. Arnold, London.
- Moffitt, T.E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M., Poulton, R., 2007. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 651-660.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2011. NICE guidelines: Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management.
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T., 2015. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin. Psychol. Rev.* 40, 91-110.
- Penninx, B.W., Nolen, W.A., Lamers, F., Zitman, F.G., Smit, J.H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P.J., van Marwijk, H.W., van der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M.G., de Graaf, R., Hoogendijk, W.J., van der Wee, N., Ormel, J., van Dyck, R., Beekman, A.T., 2011. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J. Affect. Disord.* 133, 76-85.
- Perry, J.C., Bond, M., 2009. The sequence of recovery in long-term dynamic psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 197, 930-937.
- Priebe, S., Omer, S., Giacco, D., Slade, M., 2014. Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review. *Br. J. Psychiatry* 204, 256-261.
- Rakowska, J.M., 2011. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother. Res.* 21, 462-471.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J., 2000. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int. J. Psychoanal.* 81, 921-942.
- SAS Institute Inc, 2011. *SAS/STAT ® 9.3: User's Guide second ed.* SAS Institute Inc., Cary, NC.
- Trepper, T.S., McCollum, E.E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W., Franklin, C., 2010. *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*. Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A., 1998. *Work Ability Index*, second ed. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Weissman, M.M., Bothwell, S., 1976. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 1111-1115.
- Verbeke, G., Molenberghs, G., 1997. *Linear Mixed Models in Practice: A SAS-Oriented Approach*, Lecture Notes in Statistics. Springer.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Schulte, D., 2004. Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert resourceorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33, 42-50.

- Willutzki, U., Teismann, T., Schulte, D., 2012. Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *J. Clin. Psychol.* 68, 581-591.
- Wiltink, J., Hoyer, J., Beutel, M.E., Ruckes, C., Herpertz, S., Joraschky, P., Koranyi, S., Michal, M., Nolting, B., Pöhlmann, K., Salzer, S., Strauss, B., Leibing, E., Leichsenring, F., 2016. Do Patient Characteristics Predict Outcome of Psychodynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder? *PLoS One* 11, e0147165.

Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: eine randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST)

Hunger, Christina¹, Hilzinger, Rebecca¹, Klewinghaus, Laura¹, Deusser, Laura¹, Sander, Anja¹, Mander, Johannes², Bents, Hinrich², Ditzen, Beate¹, Schweitzer, Jochen¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, ²Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Soziale Angststörungen gehören als intra- und interpersonale Störungen zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Psychotherapeutische Behandlungen können Verbesserungen des psychologischen, interpersonalen, systembezogenen und allgemeinen Funktionsniveaus zum Ziel haben. Diesbezüglich differenzielle Trends sollen in einer Psychotherapievergleichsstudie zu Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und Systemischer Therapie (ST) untersucht werden.

Methode: In einem bi-zentrischen Pilot-RCT wurden 38 Patienten ($n = 20$, KVT; $n = 18$ ST; $M = 36$ Jahre; 58 % weiblich; 71 % mit Abitur; 97 % berufstätig) über den Therapieverlauf (26 Stunden) untersucht. Primäre Diagnose: soziale Angststörung (SKID; LSAS-SR); Komorbiditäten: v. a. depressive und andere Angststörung sowie selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Es wurde die Angstsymptomatik (LSAS, SIAS, SPS), Psychopathologie (BSI, BD-II), interpersonale Probleme (IIP), systembezogenes Erleben (EXIS) und das allgemeine Funktionsniveau (GAF) erhoben.

Ergebnisse: Die deskriptiven Analysen zeigten positive Trends auf allen erhobenen Konstrukten. Neben großen Effekten in der Reduktion der Angstsymptomatik und Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus zeigte die KVT auch Verbesserungen im interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus mit mittleren bis kleinen Effekten. Neben großen Effekten in der Verbesserung des interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus zeigte die ST auch eine Reduktion der Angstsymptomatik und Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, jeweils mit großen Effektstärken.

Diskussion: Die deskriptiv zu interpretierenden Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Bedeutung differentieller Effekte für die Psychotherapieforschung reflektiert. Methodische Stärken und Begrenzungen der Studie sowie Implikationen für die Forschung und Praxis werden ebenfalls diskutiert.

Psychologisches, interpersonales, systembezogenes und allgemeines Funktionsniveau bei sozialen Angststörungen: ein randomisiert kontrollierter Pilot zu Kognitiver Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie (SOPHO-CBT/ST)

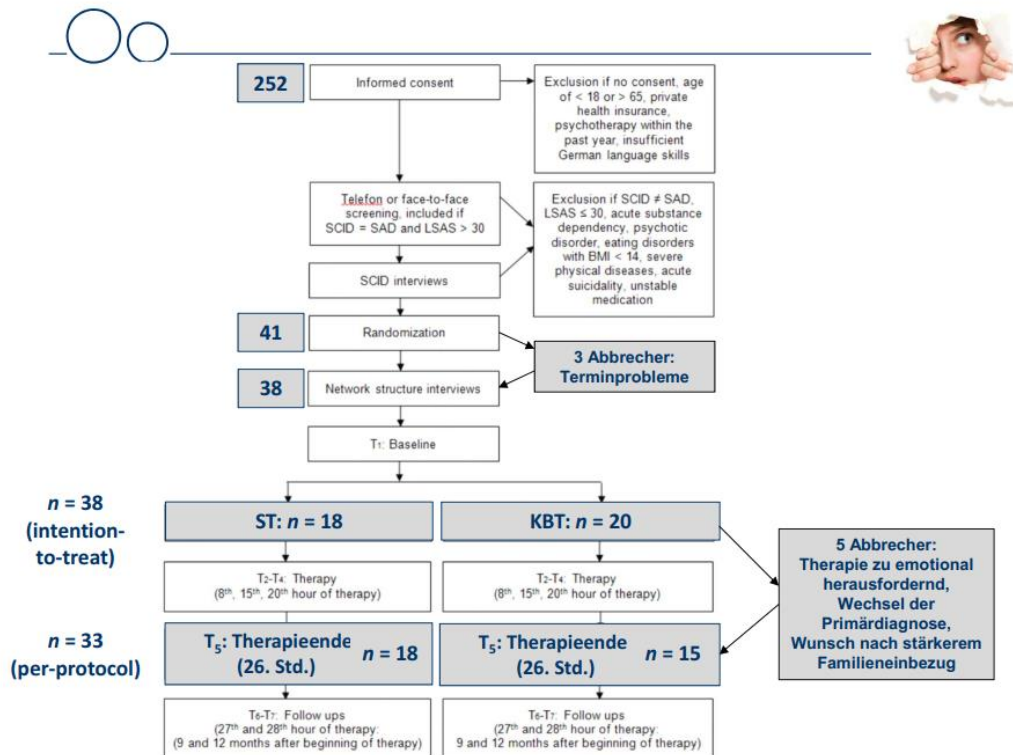
Dr. Christina Hunger-Schoppe, Dipl.-Psych., M.Sc.

Rebecca Hilzinger¹, Laura Klewinghaus¹, Laura Deußner¹, Anja Sander², Johannes Mander³,
Hinrich Bents³, Beate Ditzner¹, Jochen Schweitzer¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Psychologie

²Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik

³Universität Heidelberg, Zentrum für Psychologische Psychotherapie



Hunger et al. (submitted). Systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: A randomized controlled pilot trial



Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)

➡ Ausbalancierte Studienarme

	Gesamtstichprobe		ST ($n = 18$)		KVT ($n = 20$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter (Jahre)	36	14	34	13	37	15
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Weiblich	22	58	13	72	9	45
Partner	23	61	12	67	11	55
Bildung						
Abitur	13	34	7	39	6	30
Hochschulabschluss	14	37	6	33	8	40
Berufstätigkeit	37	97	18	100	19	95
Komorbide Achse-I Störungen	19	50	7	39	12	60
Persönlichkeitsstörung	16	42	6	33	10	50
Pharmakotherapie	4	11	2	11	2	10



Therapeuten ($n = 15$: 8 ST, 7 KBT)

➡ Ausbalancierte Studienarme

	Total		ST ($n = 8$)		CBT ($n = 7$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter (Jahre)	34	8	37	10	31	5
PT Erfahrung (Monate)	31	17	37	18	24	13
PT Praxis (Std./Woche)	15	10	15	14	15	9
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Weiblich	12	80	7	88	5	71
Partner	12	80	7	88	5	71
Bildung						
Hochschulabschluss	15	100	8	100	7	100
Berufstätigkeit	15	100	8	100	7	100

Hunger et al. (submitted)



Instrumente



Exzellente bis gute interne Konsistenzen

Instrument		Perspektive	α
Primärer Outcome: Schwere der sozialen Angst		Note. Pat. = Patient; Diag. = Diagnostiker	
LSAS-SR	Liebowitz Social Anxiety Scale	Pat.	.94 - .97
Sekundäre Outcomes:			
Verblindeter Fremdbbericht: Soziale Angststörung und globales Funktionsniveau			
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview (DSM)	Diag., blind	IRR: 94% range: 91%-100%
GAF	Globales Assessment of Functioning	Diag., blind	IRR: 94%, range: 82%-100%
Selbstbericht: Psychopathologie, interpersonales und systembezogenes Funktionsniveau			
BDI-II	Beck Depression Inventar	Pat.	.91 - .96
BSI	Brief Symptom Inventory	Pat.	.94 - .98
IIP-32	Inventar Interpersonaler Probleme	Pat.	.89 - .95
EXIS	Experience in Social Systems Questionnaire	Pat.	.94 - .96



Ergebnisse ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)

Therapiedosis: KVT: 26 Std. ($SD = 0$), ST: 23 Std. ($SD = 3$)

Therapiedauer: $M \approx 8$ Monate ($SD = 1.5$)

Verblindete Diagnostiker:

- Patienten ohne SAD zu Therapieende (SKID)

KVT: 7 Patienten (43.75%)
ST: 13 Patienten (76.46%)

- Globales Funktionsniveau

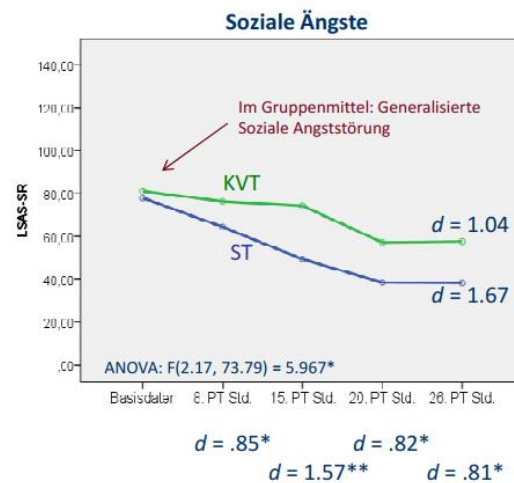
Dekriptive Daten, ANOVA, Einfachvergleiche

		Basis		Einfachvergleiche (innerhalb)			ANOVA Interaktion Zeit $\times$ Gruppe	Einfachvergleiche		
		M (SD)	26. Std. M (SD)	$t(df)$ [95%CI]	p	d		$t(df)$	p	d
GAF	KVT	72.07 (5.13)	76.67 (4.88)	$t(14) = -3.025$ [-7.86;-1.34]	.009	0.92	$F(1, 31) = 4.612$, $p = .040$, $\eta^2 = .130$	$t(32) = -5.609$	.000	0.76
	ST	69.28 (6.68)	79.44 (6.83)	$t(17) = -5.095$ [-14.38;-5.96]	.000	1.50				

Hunger et al. (submitted)



Selbstberichte der Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Selbstberichte der Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)

Pat.: Soziale Ängste									
		Remission		Response		No change		Deterioration	
		<i>n</i> (%)	<i>h</i>	<i>n</i> (%)	<i>h</i>	<i>n</i> (%)	<i>h</i>	<i>n</i> (%)	<i>h</i>
LSAS-SR	ST	7 (38.9)	0.55	10 (55.6)	0.01	1 (5.5)	0.57	0	0.45
	KVT	3 (15.0)		11 (55.0)		5 (25.0)		1 (5.0)	

Note. LSAS-SR = Social Anxiety Scale. Reliable change index: LSAS-SR: 13.77. Cutoff: LSAS-SR: 30.

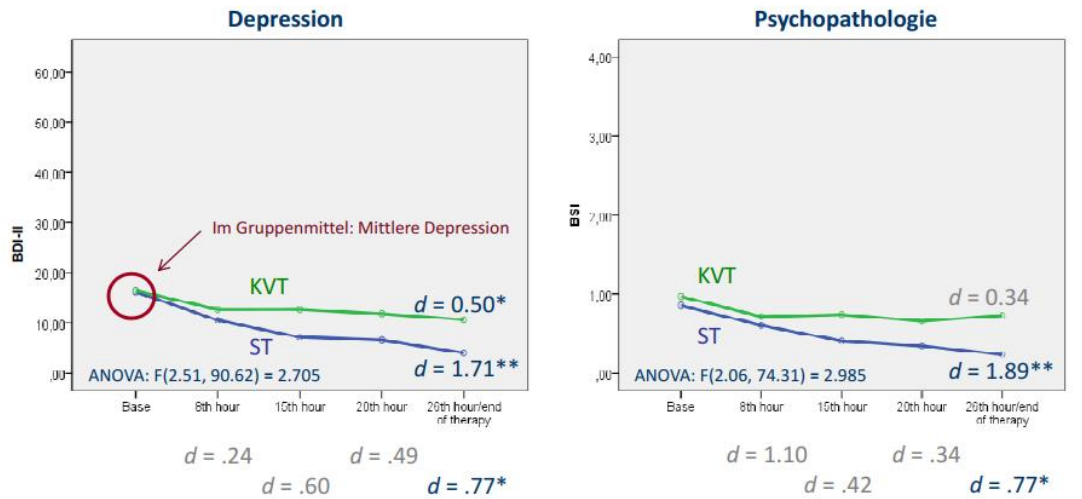


Gesamtstichprobe: 26% Remission, d.h. LSAS-SR < 30
 55% Response, d.h. bedeutsame klinische
 Veränderung bei LSAS-SR > 30
 15% No Change
 4% Deterioration

Hunger et al. (submitted)



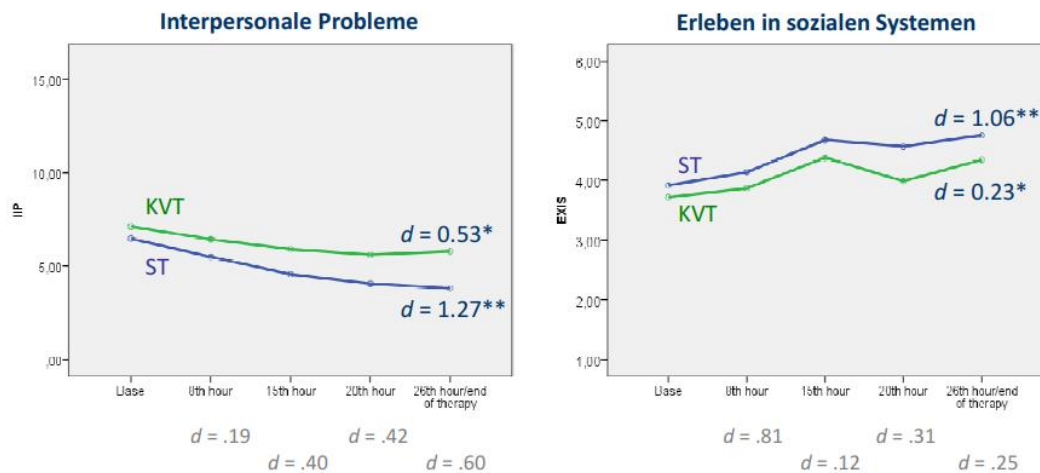
Selbstberichte der Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Selbstberichte der Patienten ($n = 38$: 20 KVT, 18 ST)



* $p < .05$; ** $p < .01$



Fazit

- ➡ Über den Verlauf von max. 26 Therapiestunden zeigen sich KVT und ST
 - mit positivem Trend in der Reduktion sozialer Ängste (verblindete Diagnostiker: SCID; Patienten: LSAS-SR, SIAS, SPS)
 - mit positive Trend in der Verbesserung des allgemeinen, psychologischen, interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveaus (verblindete Diagnostiker: GAF; Patienten: BDI-II, BSI, IIP, EXIS.pers)

- ➡ Die ST zeigt signifikant deutlicher Effekte in den **symptombezogenen Fragebögen** (LSAS-SR, SIAS, SPS, BDI-II, BSI) und im **allgemeinen Funktionsniveau**.

Anhang 5: Tabellarische Übersicht über die Arbeiten zur Wirtschaftlichkeit Systemischer Therapie (Crane & Christenson, 2014)

Health Maintenance Organization (HMO)		
Western United States HMO serving 180,00 subscribers		
Sample	Conditions/comparisons	Results for health care use
Law & Crane (2000)		
<i>n</i> = 292, average age 30 years, middle income, Caucasian individuals	a) marital/couples therapy; b) family therapy identified patient; c) family therapy other patient; d) individual therapy; e) no therapy comparison group	significant reductions: 1) by 21.5% one year after psychotherapy started for family therapy group (<i>n</i> = 172) vs. 10% reduction for individual therapy group (<i>n</i> = 60) 2) family therapy participant who was not the identified patient group (<i>n</i> = 60) also showed a reduction of 30% in health care use after one year
Law, et al. (2003)		
high utilizers of health care (<i>n</i> = 65) within the sample of Law & Crane (2000)	a) individual therapy (<i>n</i> = 22); b) marital therapy (<i>n</i> = 15); c) family therapy (<i>n</i> = 28)	1) groups a), b), c) reduced health care use by 50%; 2) family therapy other patients reduced health care use by 57%; 3) largest reduction by participants in "conjoint" therapy (50-57% reduction); 4) Individual therapy participants reduced health care use by 48%

Crane, Wood, Law, & Schaalje (2004)		
197 clients, 13 providers (marriage and family therapists, <i>n</i> = 4; psychologists, <i>n</i> = 2; clinical social workers, <i>n</i> = 7; range age providers: 37-47 years)	relationship between therapist characteristic (age, gender, profession, etc.) and medical use of their clients	logistic regression analysis supports the argument, that psychotherapy in general contributed to reductions in health care use more than specific therapist characteristics or provider type
Crane & Christenson (2008)		
sample of Law & Crane (2000)	therapy modalities	1) 78% reduction in urgent care visits, 2) 56% reduction in laboratory/X-ray visits, 3) 68% reduction in health screening visits (T1-T2) by MFT participants
Kansas Medicaid Data 300,000 beneficiaries, administered at state level, funded at federal level, lower income children and families		
Sample	Conditions/comparisons	Results for costs
Crane, Hillin, & Jakubowski (2005)		
youth, <i>n</i> = 3753; mostly male (81%), Caucasian (73%), mean age 14.4 years	comprehensive services (e.g., case management and pharmacological intervention), along with one of three types of therapy: a) in-office family therapy (<i>n</i> = 164);	1) over the two and a half year follow-up period, the cost of health care was a) 16,260 USD for the in-office individual therapy group, b) 11,116 USD for the in-office family therapy group, and c) 1,622 USD for the in-home family therapy group

	b) in office-individual therapy ($n = 3086$), and; c) in-home family therapy ($n = 503$)	2) compared to health care costs for individual therapy group, a) 32% lower costs for in-office family therapy b) 85% lower costs for in-home family therapy
Christenson et al. (2014)		
patients diagnosed with schizophrenia ($n = 164$), mostly male (55%), Caucasian (90%), mean age 30y	structural equation models related to the cost of treating patients	1) 1st model: limited direct effects for family intervention (e.g., reductions in hospitalization costs) 2) 2nd model: direct and indirect effects (e.g., reducing hospitalizations by increasing medication compliance); significant indirect relationship between family intervention and general medical costs (~586 USD for each session) Better fit for 2nd model.
Cigna data a large national health insurance company with over nine million members; Cigna initially provided cost data for all psychotherapy services in the United States and Puerto Rico during a four-year period (2001-2004), producing a sample that included 490,000 unique patients; Majority female (60%), average age 32y.		
Sample	Conditions/comparisons	Results
Crane & Payne (2011)		

	Providers: a) marital and family therapists (MFTs), b) master's level nurses, c) social workers, d) professional counsellors (PCs), e) psychologists, and f) physicians (MDs)	total cost of therapy: 1) Family therapy alone more cost-effective than individual therapy or "mixed" therapy 2) 85% of patients required only a single episode of care 3) services provided by PCs were the least expensive 4) MFT: 86.6% success rate, 13.4% recidivism rate, best among providers
Hamilton, Moore, Crane, & Payne (2011)		
N = 434,317	a) provider type b) individual/family therapy c) diagnosis	dropout rates: 1) MFT: lowest dropout rates for individuals 2) lowest dropout rate for individual therapy 3) lowest dropout rates for patients with mood and anxiety disorders; highest dropout rates among schizophrenia, substance abuse disorders
Moore, Hamilton, Crane, & Fawcett (2011)		
31,488 men, 36,333 women	examine more specifically whether having a MFT license affected outcomes in family therapy; provider types (e.g., MFTs, MDs, nurses, social workers)	1) lowest dropout rates: licensed MFT 2) MFT more cost effective than nurses, MDs, Psychologists; less cost effective than social workers and PCs

Moore & Crane (2014)		
3,315 patients, who participated in psychotherapy for relational problems (parent-child; partner relation)	providers: a) psychologists, b) PCs, c) MFTs, d) Social Workers	1) no higher recidivism rate for patients who received individual therapy than for those who participated in family therapy 2) couple therapy relatively brief intervention, 280 USD for an episode of care, 8.43% recidivism
Chiang (2011)		
2,000 patients	therapy modality (individual vs. family therapy)	1) family therapy more cost effective due to lower recidivism rates and lower total treatment costs 2) higher dropout rates for family therapy than for individual therapy
Morgan, Crane, Moore, & Eggett (2013)		
14,000 patients with substance abuse disorder receiving individual and family therapy		1) family therapy uses 2.41 sessions, individual therapy 3.38 sessions, and mixed therapy 6.40 sessions 2) cost for one treatment episode: 124.55 USD for family therapy; 170 USD for individual therapy; 319.55 USD for mixed therapy 3) recidivism rate lowest for family therapy (8.9%), mixed therapy (9.5%) and highest for individual therapy (12%)

Fawcett & Crane (2013)		
230 men, 189 women, who had received treatment for sexual dysfunction	provider type (psychologists, social workers, MFTs, PCs) and modality (individual therapy, family therapy, mixed therapy)	1) average number of sessions: 7, 2) marriage/ family therapists used family and mixed modalities more often than other provider types, 3) mixed therapy lower dropout rates
Crane et al. (2012)		
149 patients with somatoform disorder	same as in Fawcett, D., & Crane, D. R. (2013)	1) somatoform disorder patients experienced higher than average recidivism and participated in more session (regardless of provider type) 2) no significant difference in total cost or dropout between the various professions
Crane et al. (2013)		
164,667 patients with depression	age, gender, modality and provider type	1) MFT services: lowest recidivism rates 2) MFT services least costly

Training clinic data Student training clinic that provides opportunities for clinical training for Masters and Doctoral students at a large university located in the western United States; Couples and families who requested psychotherapy services, students from marriage/family therapy, clinical psychology and social work programs as providers; prospective data		
Sample	Conditions/comparisons	Outcome/results
Jakubowski et al. (2008)		
60% female, 94% Caucasian; average 31y, six months of medical records for 130 clients	1) comparison of medical record to self- reported medical use 2) family members' report on health care use of their spouses	1) medical record and self-reported health care use highly correlated 2) spouses were able to report their partners and their children's health care use
Crane, Christenson, Shaw, Fawcett, & Marshall (2010)		
	biopsychosocial measures administered to parents (<i>n</i> = 60)	children's health care use: parents marital cohesion and life satisfaction strongest correlates, accounts for 46% variance in health care use (best subsets regression)
Christenson, Crane, Hafen, Hamilton, & Schaalje (2011)		

110 participants seeking services for relationship problems, 66% female, 96% Caucasian, average 31y; additionally: $n = 40$ participants as a subsample from Law, Crane, & Berge (2003)	biopsychosocial measures administered to their parents (for $n = 60$)	children's health care use: 1) variables accounting for most variance: "informational support", "somatization" 2) "hostility" highest correlate among high utilizer group from Law et al. (2003)
Christenson (2008)		
56 participants, 96% Caucasian, diverse annual income ranging from 2,500 USD to 100,000 USD		health care use: 1) MFT participants showed significant (44%) decrease in health care use between T1 and T2; light uptick in health care use from T2 to T3; overall 33% decrease between T1 and T3; 2) 58% decrease in health care use for patients who reported an improvement in general family functioning after treatment, whereas patients without improvement showed no decrease in health care use