

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Teil II: Literaturübersicht zu
Behandlungsmethoden und
Anwendungsbereichen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69b

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Behandlung durch Klinische PsychologInnen

Teil II: Literaturübersicht zu
Behandlungsmethoden und
Anwendungsbereichen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, November 2013

Projektteam Teil II

Projektleitung: Dr.ⁱⁿ med. Brigitte Piso, MPH
Projektbearbeitung: Mag.^a rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH
Mag. rer.soc.oec. Nikolaus Patera
Dr.ⁱⁿ med. Brigitte Piso, MPH

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA (Hons)
Datenextraktion: Julia Bobek, MA
Stichwortsuche in PubMed und PsychINFO, Grafikerstellung: Judit Erdös, MAS

Externe Begutachtung: Dr.ⁱⁿ Tanja Zimmermann, Dipl.-Psych., Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik, Technische Universität Braunschweig
Ao.Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Fachbereich Psychologie, AG Psychotherapie & Gerontopsychologie, Universität Salzburg

Interne Begutachtung: Priv.Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Wild

Korrespondenz: Inanna Reinsperger, inanna.reinsperger@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Reinsperger I, Patera N, Piso B. Behandlung durch Klinische PsychologInnen, Teil II: Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69b; 2013. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 69b

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2013 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung Teil II	7
Executive Summary Part II.....	8
1 Einleitung.....	9
1.1 Definitionen zu klinisch-psychologischer Behandlung.....	9
1.2 Projektziel und Fragestellungen.....	11
2 Ziel und Methodologie Teil II	13
2.1 Ziel und Forschungsfragen	13
2.2 Literatursuche	13
2.3 Einschlusskriterien	14
2.4 Literatursauswahl.....	14
2.5 Datenextraktion	15
2.6 Zusätzliche Quellen.....	16
2.7 Berichtsstruktur	16
2.8 Review	17
Ergebnisse (Kapitel 3-5).....	19
3 Informationsquellen	19
3.1 Cochrane Reviews	19
3.1.1 Beschreibung der Indikationen.....	19
3.1.2 Beschreibung der Interventionen.....	21
3.2 Health Technology Assessments.....	23
3.2.1 Beschreibung der Indikationen.....	23
3.2.2 Beschreibung der Interventionen.....	25
3.3 Lehrbuch.....	26
3.3.1 Beschreibung der Indikationen.....	26
3.3.2 Beschreibung der Interventionen.....	28
4 Indikationen und Interventionen	31
4.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).....	31
4.1.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10).....	31
4.2 Affektive Störungen (F30-F39).....	34
4.2.1 Depressive Störungen (F32-F33)	34
4.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).....	42
4.3.1 Phobische Störungen (F40)	42
4.3.2 Andere Angststörungen (F41).....	43
4.3.3 Zwangsstörung (F42)	46
4.3.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).....	47
4.4 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59).....	52
4.4.1 Essstörungen (F50)	53
4.4.2 Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)	54
4.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69).....	68
4.5.1 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60).....	69
4.5.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63).....	72
4.5.3 Störungen der Sexualpräferenz (F65).....	73
4.6 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	74
4.7 Weitere Indikationen.....	76

5	Beschreibung der häufigsten Interventionen	77
5.1	Cognitive behavioural therapy.....	79
5.2	Cognitive therapy.....	79
5.3	Behavioural therapy.....	80
5.4	Psychodynamic (psycho)therapy	80
5.5	Hypnotherapy/hypnosis	80
5.6	Supportive therapy.....	81
5.7	Interpersonal (psycho)therapy	81
5.8	Counselling.....	81
5.9	Patient education	82
5.10	Relaxation (therapy)	82
6	Zusammenfassung der Ergebnisse aus Teil II.....	83
7	Diskussion und Limitationen (Teil II)	85
8	Zusammenfassung Teil I.....	91
9	Conclusio anhand der Fragestellungen des BMG.....	93
10	Literatur.....	97
11	Anhang.....	101
11.1	Suchstrategie	101
11.1.1	Cochrane.....	101
11.1.2	CRD.....	101
11.2	Extraktionstabellen.....	102
11.2.1	Cochrane Reviews.....	102
11.2.2	Health Technology Assessments	141
11.2.3	Lehrbuch	146

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.4-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram).....	15
Abbildung 4.7-1: Suchergebnisse PubMed.....	78
Abbildung 4.7-1: Suchergebnisse PubMed.....	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.3-1: Einschlusskriterien.....	14
Tabelle 2.7-1: „F-Kategorien“ der ICD-10 Klassifizierung	16
Tabelle 3.1-1: Titel der inkludierten Cochrane Reviews, geordnet nach Indikationsbereichen	20
Tabelle 3.1-2: In den inkludierten Cochrane Reviews genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen.....	21
Tabelle 3.2-1: Titel der inkludierten HTA-Berichte, geordnet nach Indikationsbereichen	24
Tabelle 3.2-2: In den inkludierten HTA-Berichten genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen	25
Tabelle 3.3-1: Übersicht zu den Indikationsbereichen des „Handbook“ Volume 1	26
Tabelle 3.3-2: Übersicht zu den Indikationsbereichen des „Handbook“ Volume 2	27
Tabelle 3.3-3: Im „Handbook“ (Volume 1) genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen	28
Tabelle 3.3-4: Im „Handbook“ (Volume 2) genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen	29
Tabelle 4.1-1: Informationsquellen Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).....	31
Tabelle 4.1-2: Psychologische Interventionen bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10).....	33

Tabelle 4.2-1: Informationsquellen Affektive Störungen (F30-F39).....	34
Tabelle 4.2-2: Psychologische Interventionen bei Depressiven Störungen (F32-F33)	39
Tabelle 4.3-1: Informationsquellen Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).....	42
Tabelle 4.3-2: Psychologische Interventionen bei Phobischen Störungen (F40).....	43
Tabelle 4.3-3: Psychologische Interventionen bei Anderen Angststörungen(F41).....	45
Tabelle 4.3-4: Psychologische Interventionen bei Zwangsstörungen (F42)	46
Tabelle 4.3-5: Psychologische Interventionen bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).....	50
Tabelle 4.4-1: Informationsquellen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	52
Tabelle 4.4-2: Psychologische Interventionen bei Essstörungen (F50)	54
Tabelle 4.4-3: Psychologische Interventionen bei Schmerzen	57
Tabelle 4.4-4: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50-D90)	60
Tabelle 4.4-5: Psychologische Interventionen bei Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	62
Tabelle 4.4-6: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Nervensystems (G00-G99).....	63
Tabelle 4.4-7: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	65
Tabelle 4.4-8: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	67
Tabelle 4.5-1: Informationsquellen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	68
Tabelle 4.5-2: Psychologische Interventionen bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60)	71
Tabelle 4.5-3: Psychologische Interventionen bei Abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63).....	72
Tabelle 4.5-4: Psychologische Interventionen bei Störungen der Sexualpräferenz (F65)	74
Tabelle 4.6-1: Informationsquellen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	74
Tabelle 5.10-1: Titel der in Bearbeitung befindlichen Cochrane Reviews (Protokolle)	86
Tabelle 11.2-1: Datenextraktion der eingeschlossenen Cochrane Reviews	102
Tabelle 11.2-2: Datenextraktion der eingeschlossenen HTA-Berichte	141
Tabelle 11.2-3: Indikationen und Interventionen Volume 1 (“Child and Adolescent disorders) [5]	146
Tabelle 11.2-4: Indikationen und Interventionen Volume 2 (“Adult disorders) [5]	149

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BÖP	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
CBT	Cognitive behavioural therapy (kognitive Verhaltenstherapie)
CR	Cochrane Review
EMDR	Eye movement desensitisation and reprocessing
IBD	Inflammatory bowel disease (chronisch-entzündliche Darmerkrankung)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KHK	Koronare Herzkrankheit
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MS	Multiple Sklerose
NA	Not applicable
NR	Not reported
PPD	Postpartale Depression
PTSD	Post-traumatic stress disorder (posttraumatische Belastungsstörung)
RCT	Randomized controlled trial
TFCBT	Trauma-focused cognitive behavioural therapy

Zusammenfassung Teil II

Hintergrund und Ziel: In Österreich ist derzeit die klinisch-psychologische Diagnostik im ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) verankert, nicht jedoch die Behandlung durch Klinische PsychologInnen. Im Rahmen dieses Projekts im Auftrag des österreichischen Gesundheitsministeriums war das Ziel des vorliegenden Berichtsteils II, eine Literaturübersicht zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen der klinisch-psychologischen Behandlung zu erstellen.

Methode: Es wurde eine systematische Literatursuche in 2 Datenbanken (Cochrane, CRD) durchgeführt. Die Datenextraktion fokussierte v.a. auf Informationen zu Indikationsbereichen und psychologischen Interventionen. Ein englischsprachiges Lehrbuch wurde als zusätzliche Quelle herangezogen. Die extrahierten Informationen wurden indikationsweise nach ICD-10 Klassifizierungen zusammengefasst und aufbereitet.

Ergebnisse: Durch die systematische Suche standen 332 Referenzen für die Literatúrauswahl zur Verfügung. Insgesamt wurden 44 Cochrane Reviews und 7 HTA-Berichte zu folgenden ICD-10 Kategorien eingeschlossen: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Affektive Störungen (F30-F39), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Es wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsmethoden, die als „psychologische Interventionen“ in den Übersichtsarbeiten und dem Lehrbuch angeführt wurden, extrahiert, wobei die kognitive Verhaltenstherapie am häufigsten genannt wurde. Weitere häufig erwähnte Interventionen umfassten z.B. die psychodynamische Therapie, Beratung, Entspannungstherapie, interpersonelle Therapie, Hypnotherapie oder kognitive Therapie.

Für einen ersten Überblick hinsichtlich der Evidenzlage zur Wirksamkeit wurden für jede Übersichtsarbeit die Anzahl der inkludierten Primärstudien und PatientInnen sowie die Schlussfolgerungen der Review-AutorInnen wiedergegeben. Viel Forschungstätigkeit gibt es z.B. im Bereich der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurden relativ wenige Reviews identifiziert, die sich mit Kindern und Jugendlichen befassen.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Grenzziehung zwischen psychologischen Interventionen und z.B. psychosozialen, Schulungs- oder Beratungsmaßnahmen ist teilweise nur schwer möglich. Aufgrund der oftmals synonymen Verwendung der Begriffe „psychologisch“ und „psychotherapeutisch“, die in anderen Rahmenbedingungen sowie einem anderen Psychotherapieverständnis in den meisten westlichen Staaten im Vergleich zu Österreich begründet ist, ist die Abgrenzung zwischen diesen beiden Bereichen auf Basis der internationalen Forschungsliteratur nicht trennscharf möglich.

Der vorliegende Berichtsteil bietet eine Übersicht zu Indikationsbereichen und Behandlungsmethoden in der internationalen wissenschaftlichen Literatur und liefert erste Hinweise auf die Wirksamkeit der genannten Interventionen. Die hier präsentierten Ergebnisse können Anhaltspunkte für weiterführende detaillierte Evidenzanalysen geben, die neben der Wirksamkeit in bestimmten Indikationsbereichen auch die Dauer und Intensität sowie die LeistungserbringerInnen näher analysieren sollten.

Ziel des Berichtsteils II:
Literaturübersicht zu
Behandlungsmethoden
und Anwendungs-
bereichen der klinisch-
psychologischen
Behandlung...

...anhand einer
systematischen
Literatursuche in
Cochrane und CRD

44 Cochrane Reviews
und 7 HTAs wurden
eingeschlossen

identifizierte
Indikationsbereiche
(ICD-10):

F1, F3, F4, F5, F6, F9

Vielzahl an
Behandlungsmethoden

am häufigsten:
kognitive Verhaltens-
therapie (CBT)

erster Überblick zur
Evidenzlage durch
Wiedergabe der
Schlussfolgerungen der
Review-AutorInnen

Abgrenzung zu z.B.
psychosozialen und
Schulungsmaßnahmen
sowie zur Psycho-
therapie schwierig

Übersicht zu
Indikationen und
Interventionen:

Anhaltspunkte für
weiterführende
Evidenzanalysen

Executive Summary Part II

project “treatment by clinical psychologists” on behalf of the MoH

aim of part II: literature overview on interventions and indications

systematic literature search in Cochrane and CRD

44 Cochrane Reviews and 7 HTA reports were included

ICD-10 categories:

F1, F3, F4, F5, F6, F9

variety of different methods of treatment

most frequently mentioned: CBT

first overview on evidence for effectiveness by describing authors’ conclusions

differentiation from e.g., psychosocial or counselling interventions as well as from psychotherapy is difficult

presented results can give indications for further, more detailed evidence analyses

Background and aim: In Austria, the ASVG (“Allgemeines Sozialversicherungsgesetz”, General Law on Social Security) currently includes clinical-psychological diagnostics, but not treatment by clinical psychologists. In the context of the project on behalf of the Austrian Federal Ministry of Health (MoH), this project part aimed to provide a literature overview on methods of treatment and areas of application of clinical-psychological treatment.

Methods: We conducted a systematic literature search in 2 databases (Cochrane, CRD). The data extraction mainly focussed on information concerning indications and psychological interventions. Additionally, we analysed information from an English-language textbook. We summarised the extracted information for each indication classified according to ICD-10.

Results: We identified 332 references through the systematic literature search. We included a total of 44 Cochrane Reviews and 7 HTA reports for the following ICD-10 diagnoses: mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (F10-F19), mood [affective] disorders (F30-F39), neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48), behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59), disorders of adult personality and behaviour (F60-F69), behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F90-F98).

We extracted a variety of different methods of treatment that were mentioned as “psychological interventions” in the reviews as well as the textbook. The most frequently named intervention was cognitive behavioural therapy. Other frequently mentioned methods of treatment included, for example, psychodynamic therapy, counselling, relaxation therapy, inter-personal therapy, hypnotherapy or cognitive therapy.

For a first overview regarding the evidence for effectiveness, we extracted the number of included primary studies and patients and described the conclusions of the reviews’ authors for each Cochrane Review or HTA report. There is a lot of research activity in the area of depression and post-traumatic stress disorder, whereas we identified only few reviews that addressed children and adolescents.

Discussion and conclusions: It is difficult to draw a line between psychological interventions and, for example, psychosocial, educational or counselling interventions. Due to the often synonymous use of the terms “psychological” and “psychotherapy”, which is the result of different regulatory frameworks and understanding of psychotherapy in other Western countries compared to Austria, a strict differentiation on the basis of the international scientific literature between those areas is not possible.

This project part presents a literature overview of indications and methods of treatment in the international scientific literature and provides initial information on the effectiveness of the interventions analysed in the identified reviews. The presented results can give indications for further, more detailed evidence analyses which should, apart from the effectiveness in specific indications, also analyse the duration and intensity of the intervention as well as the care provider.

1 Einleitung

1.1 Definitionen zu klinisch-psychologischer Behandlung

Definitionen zu klinischer Psychologie

Klinische Psychologie wird im Pschyrembel (Psychiatrie – Klinische Psychologie – Psychotherapie) als „Teilgebiet der Psychologie“ definiert, „das sich mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen, Störungen und Krankheiten unabhängig von deren Ursache beschäftigt“. Aufgaben der klinischen Psychologie in Forschung, Lehre und klinischer Anwendung sind „Deskription, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Therapie, Rehabilitation, Versorgung und Evaluation“. Für die systematische Beschreibung, die Erklärung und die Behandlung von psychischen Störungen, psychischen Faktoren somatischer Erkrankungen und die an ihnen beteiligten Prozesse werden v.a. „die Erkenntnisse, Methoden und Theorien der Psychologie, aber auch der Nachbardisziplinen wie Soziologie, Neurowissenschaften, Psychopharmakologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie anderen medizinischen Disziplinen“ herangezogen. Der Pschyrembel nennt folgende Verfahren im Zusammenhang mit klinischer Psychologie: „z.B. Verhaltensanalyse, psychologisches Gespräch, psychologische Diagnostik, psychologische Tests sowie als Methoden der Psychotherapie v.a. Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie“. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass die aktuelle Bezeichnung im deutschsprachigen Raum „klinische Psychologie und Psychotherapie“ lautet [1, S.646f].

In einem Lehrbuch („Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie“) wird klinische Psychologie als „diejenige Teildisziplin der Psychologie“ definiert, „die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation)“ [2, S.32].

Schwierigkeit der Definition „klinisch-psychologischer Behandlung“

Der Begriff „klinisch-psychologische Behandlung“ als Tätigkeitsbegriff ist schwer zu fassen. International gibt es ihn nicht, da klinische PsychologInnen in den meisten westlichen Staaten auf Basis des Psychotherapiebegriffs operieren. Die Aufgabenstellungen der klinisch-psychologischen Behandlung umfassen PatientInneninformation/-schulung/ Psychoedukation, Vorbereitung/Nachbegleitung medizinischer Therapien, Therapie/Behandlung von Störungen, Krankheits-/Störungsbewältigung, Ressourcenförderung/-aktivierung, Skills-/Fertigkeitenförderung/-aktivierung sowie Begleitung und Betreuung von PatientInnen und Angehörigen. Klinisch-psychologische Behandlung habe große Nähe zu Kognitiver-Verhaltenstherapie-Psychotherapie, die durch klinische PsychologInnen ausgeübt wird [3].

Definition klin. Psychologie lt. Pschyrembel:

Teilgebiet der Psychologie, das sich mit außergewöhnlichen psychischen Zuständen, Störungen und Krankheiten unabhängig von deren Ursache beschäftigt

Definition lt. Lehrbuch für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Tätigkeitsbegriff „klinisch-psychologische Behandlung“ schwer zu fassen: international unbekannt

PSY-Berufsgruppen:
 PsychologInnen,
 PsychotherapeutInnen,
 PsychiaterInnen
 Bild für
 Überschneidungen:
 olympische Ringe

Berufspolitischer Kontext

In Österreich gibt es eine Vielzahl an Berufsgruppen, die im Zusammenhang mit psychischen Störungen und Krankheiten potentielle Anlaufstellen darstellen können. Die drei engeren sogenannten PSY-Berufsgruppen sind PsychologInnen, PsychotherapeutInnen¹ und FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (weilers auch ÄrztInnen mit sogenannten PSY-Diplomen²). Auf Basis der vorhandenen gesetzlichen Grundlagen ist eine trennscharfe Abgrenzung der PSY-Berufe nicht ableitbar. Zwischen den dreien gibt es Überschneidungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit, wofür das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konzeptiv das Bild der olympischen Ringe wählt [4].

Definitionsbeiträge aus dem Psychologengesetz

Psychologengesetz 2013:
 keine Definition klin.-
 psychologischer
 Behandlung
 Berufsausübung nach
 „bestem Wissen und
 Gewissen“ ...
 ... beschränkt auf
 Arbeitsgebiete und
 Behandlungsmethoden
 mit „nachweislich
 ausreichenden
 Kenntnissen und
 Fähigkeiten“

Die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und die Ausübung des psychologischen Berufs im Bereich des Gesundheitswesens ist im Psychologengesetz 1990 geregelt.³ Am 3. Juli 2013 beschloss der Nationalrat eine Neufassung, das Psychologengesetz 2013, das am 1. Juli 2014 in Kraft treten wird.⁴ Zur Berufsumschreibung der klinischen Psychologie legt das Gesetz neben klinisch-psychologischer Diagnostik und dem Erstellen klinisch-psychologischer Befunde und Gutachten insbesondere „die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die aufbauend auf klinisch-psychologische Diagnostik fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist, klinisch-psychologische Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, klinisch-psychologische Beratung in Bezug auf verschiedene Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigung, ihrer Bedingungen und Veränderungsmöglichkeiten sowie die klinisch-psychologische Evaluation“ fest.⁵ Klinisch-psychologische Behandlung wird nicht näher definiert. Weiters regelt das Gesetz, dass Berufsangehörige „ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben“ haben und sich „bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken haben, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten erworben haben.“⁶

¹ Die Ausübung der Psychotherapie ist im Psychotherapiegesetz (BGBl. 361/1990) geregelt.

² PSY-Diplome: 3 aufeinander aufbauende Weiterbildungs-Diplome der Österreichischen Ärztekammer (Psy-1 = Psychosoziale Medizin, Psy-2= Psychosomatische Medizin, Psy-3 = Psychotherapeutische Medizin)

³ BGBl. 360/1990

⁴ BGBl. 182/2013, Kleine Teile des Psychologengesetzes 2013 treten bereits am 25. Okt. 2013 bzw. am 21. Dez. 2013 in Kraft. Das alte Psychologengesetz 1990 tritt mit Ablauf des 30. Juni 2014 außer Kraft.

⁵ Psychologengesetz 2013, BGBl. 182/2013, § 22

⁶ Psychologengesetz 2013, BGBl. 182/2013, § 32

1.2 Projektziel und Fragestellungen

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) ist bezüglich der Tätigkeit klinischer PsychologInnen derzeit die klinisch-psychologische Diagnostik verankert, nicht jedoch die Behandlung durch klinische PsychologInnen. Dazu wurde am 8. Juli 2011 im Nationalrat die folgende EntschlieÙung angenommen:⁷

„Der Bundesminister für Gesundheit wird ersucht, mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, Nutzen und Kosten für eine Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in die Sozialversicherungstexte zu prüfen.“

In der Folge initiierte das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Aufarbeitung. Das LBI-HTA wurde beauftragt, eine Literaturübersicht zur Behandlung durch klinische PsychologInnen zu erstellen. Dazu wurden zur Anleitung vom BMG 8 Fragestellungen formuliert:

1. Was verstehen internationale Standards unter „klinisch-psychologischer Behandlung“?
2. Für welche Diagnosen stehen wissenschaftlich gesichert wirksame klinisch-psychologische Behandlungsmethoden zur Verfügung und inwieweit handelt es sich bei den betreffenden Diagnosen um krankheitswertige Störungen, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar ist?
3. Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der PsychotherapeutInnen einerseits sowie der klinischen PsychologInnen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?
4. Lassen sich der klinisch-psychologischen Behandlung spezifische Einsatzgebiete bzw. typische Arbeitsfelder, wie etwa bei chronischen, kardiologischen, dementiellen und psychoonkologischen Erkrankungen, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Neuropsychologie und Neurorehabilitation in Bezug auf Schlaganfälle, Arbeitsunfälle etc. zuordnen?
5. Können insbesondere zu den beschriebenen Bereichen, aber auch darüber hinaus spezifische Störungsbilder, Zielsetzungen der diagnostischen Abklärung, diagnostische Verfahren, Zielsetzungen der klinisch-psychologischen Behandlung, Behandlungsprogramme und Interventionstechniken, Dauer der Behandlung und Frequenz, Literatur für Betroffene in Form eines „Leistungskatalogs klinisch-psychologischer Interventionen“ etwa tabellarisch dargestellt werden?
6. Ist bereits gesichert, dass jede/r klinische Psychologe/in tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?
7. Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?

Juli 2011: Nationalrat beauftragt BMG mit Prüfung der Möglichkeit, Kosten und Nutzen der Aufnahme klinisch-psychologischer Behandlung in das ASVG

BMG initiiert wissenschaftliche Aufarbeitung

Übersichtsarbeit zur Behandlung durch klinische PsychologInnen orientiert an Forschungsfragen des BMG

⁷ 1378 der Beilagen XXIV. GP – Ausschussbericht NR – EntschlieÙungstext, www.parlament.gv.at

8. Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten oder Tätigkeiten von klinischen PsychologInnen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?

**Fokus der
Übersichtsarbeit:
Ausbildungs-
erfordernisse und
Forschung zu
Interventionen und
Indikationen**

Um im Rahmen der dargelegten Problematik der Definition „klinisch-psychologischer Behandlung“ einen Beitrag zur wissenschaftlichen Bearbeitung der Aufgabenstellung des BMG zu leisten, wurden in der Übersichtsarbeit folgende zwei Aspekte adressiert: die Ausbildung klinischer PsychologInnen und der Stand der wissenschaftlichen Publikationen im Feld, beides aus internationaler Perspektive. Dafür wurden aufgrund der verschiedenen methodologischen Zugänge zwei getrennte Projektberichtsteile erstellt:

**Teil I: Übersicht zu
Ausbildung
international und
Einbinden von
Positionen von
Stakeholdern in Ö**

Teil I fokussierte auf die Ausbildung der klinischen PsychologInnen sowie auf Standards und Maßnahmen der Qualitätssicherung der Ausbildung. Dabei wurden Österreich, das deutschsprachige Ausland, sowie ausgewählte englischsprachige Länder verglichen. Durch ein Darlegen der konkreten Ausbildungsinhalte sollen Rückschlüsse auf die Behandlung durch derart ausgebildete klinische PsychologInnen ermöglicht werden. Zusätzlich wurden in Teil I für Österreich systematisch unterschiedliche Sichtweisen von Stakeholdern zur Behandlung durch klinische PsychologInnen dargestellt.

**Teil II: Übersicht zu
Interventionen und
Indikationsbereichen**

Teil II widmete sich den – in internationaler Forschung und entsprechenden Publikationen bearbeiteten – psychologischen Behandlungsmethoden sowie den Indikationsbereichen, in denen diese zum Einsatz kommen. Intention war hier, Aussagen zu den unterschiedlichen Interventionen bei psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen zu machen. Diese sind ihrerseits wieder für die Gestaltung der Ausbildung von klinischen PsychologInnen relevant. Die Übersicht zu Interventionen und Indikationen der psychologischen Behandlung in der internationalen wissenschaftlichen Forschungsliteratur wurde anhand einer systematischen Literatursuche nach Cochrane Reviews und bereits vorhandenen HTA-Berichten erarbeitet.

**Antworten zu BMG-
Forschungsfragen auf
Basis beider Teile**

Die spezifischen Forschungsfragen der beiden Projektberichtsteile sowie die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise sind den jeweiligen Methoden-Kapiteln (siehe Kapitel 2) zu entnehmen. Beiträge zu Antworten zu den Fragestellungen des BMG auf Basis der Ergebnisse beider Berichtsteile finden sich abschließend im letzten Kapitel (siehe Kapitel 9).

2 Ziel und Methodologie Teil II

2.1 Ziel und Forschungsfragen

Ziel des vorliegenden Berichtsteils II ist es, anhand einer systematischen Literatursuche eine Übersicht zu Indikationsbereichen und Interventionen der klinisch-psychologischen Behandlung zu erstellen.

Die Forschungsfragen lauten daher:

- ✧ Zu welchen Indikationsbereichen liegen Cochrane Reviews und HTA-Berichte zur psychologischen Behandlung vor?
- ✧ Welche Interventionen werden bei welchen Indikationen genannt und beforscht?

Folgende Leistungen werden im Rahmen dieses Projekts NICHT erbracht:

- ✧ die Erarbeitung eines detaillierten evidenzbasiert wissenschaftlich aufgearbeiteten Leistungskatalogs
- ✧ die Erstellung systematischer Evidenzanalysen zu einzelnen Indikationen
- ✧ die ökonomische Bewertung der Leistungen durch die Berufsgruppe der klinischen PsychologInnen oder eine Budget-Impact-Analyse einer möglichen Ausweitung oder Beschränkung von Angeboten auf Indikationsgruppen.

2.2 Literatursuche

Die systematische Literatursuche wurde am 21.05.2013 in den Datenbanken

- ✧ Cochrane und
- ✧ CRD

durchgeführt. Die Literatursuche wurde auf Cochrane Reviews und HTA-Berichte eingeschränkt. Es wurde keine Einschränkung des Publikationszeitraums vorgenommen. Die entsprechenden Suchstrategien sind im Anhang (Kapitel 11.1) nachzulesen.

Übersicht zu Indikationen und Behandlungsmethoden der klinisch-psychologischen Behandlung anhand einer systematischen Literatursuche

Nicht-Ziele:

- keine Erarbeitung eines Leistungskatalogs
- keine systematischen Evidenzanalysen zur Wirksamkeit
- keine ökonomische Bewertung

systematische Literatursuche in Cochrane und CRD

2.3 Einschlusskriterien

Einschlusskriterien laut PICO

Die Einschlusskriterien sind im PICO-Schema in Tabelle 2.3-1 zusammengefasst.

Tabelle 2.3-1: Einschlusskriterien

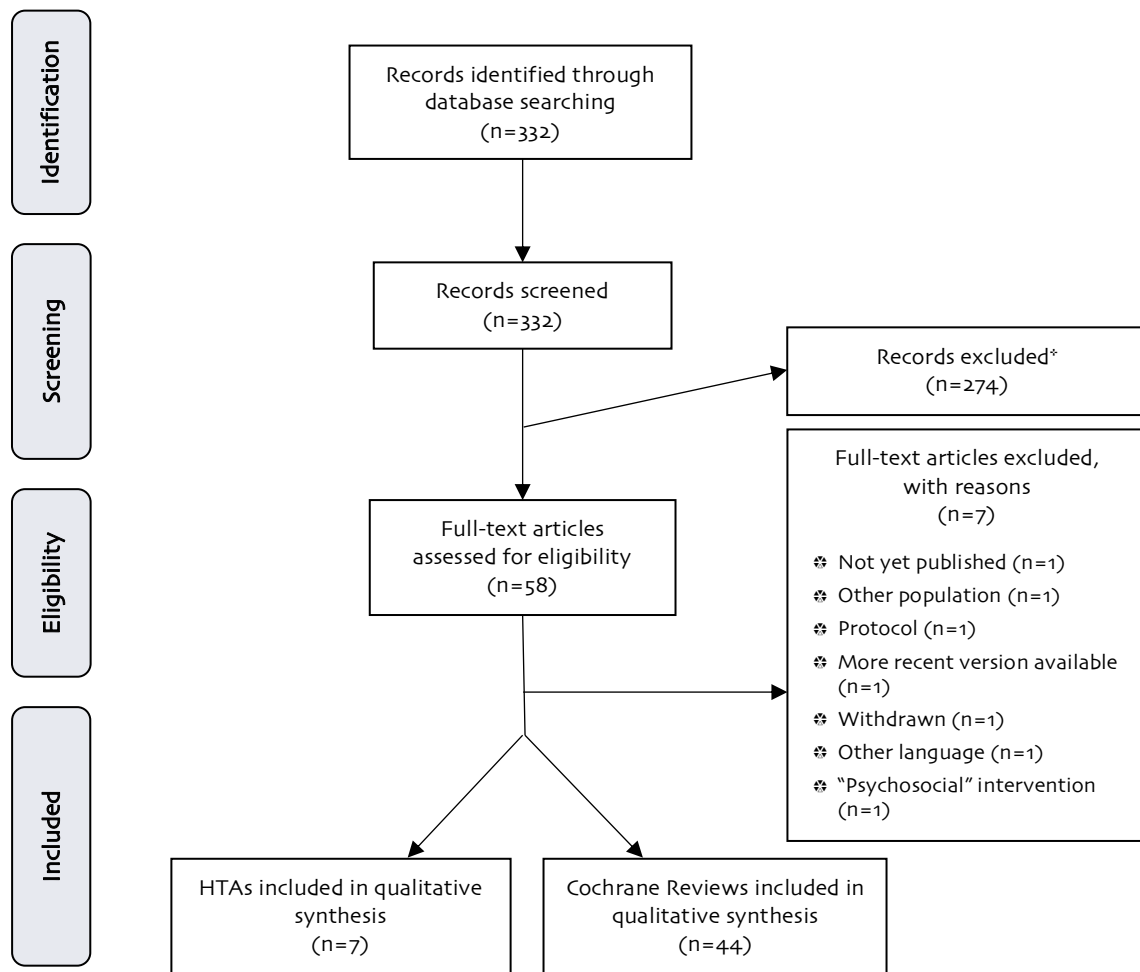
Population	Adults and children
Intervention	Psychological intervention/treatment/therapy/debriefing
Control	-
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Number of included studies, number of patients, time span ✿ Population (indication) ✿ Psychological intervention ✿ Comparison ✿ „Authors' conclusion“
Study design	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cochrane Reviews ✿ Health Technology Assessments

Es wurden ausschließlich Publikationen in englischer oder deutscher Sprache berücksichtigt.

2.4 Literatúrauswahl

332 Referenzen Sichtung jener Volltexte mit „psychological“ und „intervention/therapy/ treatment/debriefing“ im Titel

Insgesamt standen durch die systematische Suche 332 Referenzen für die Literatúrauswahl zur Verfügung. Aufgrund der Fülle von potentiell relevanten Übersichtsarbeiten wurden auf Titel/ Abstractebene jene 58 Arbeiten zur Volltext-sichtung ausgewählt, welche im Titel „psychological“ und „intervention/ therapy/ treatment/ debriefing“ enthielten. Die Literatur wurde von zwei Personen (IR, BP) unabhängig voneinander begutachtet. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 2.4-1 dargestellt.



* Diese Referenzen wurden auf Titel/Abstractebene ausgeschlossen, da sie im Titel die Begriffe „psychological“ und „intervention/therapy/treatment/ debriefing“ nicht enthielten.

Abbildung 2.4-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

2.5 Datenextraktion

Es wurde eine Datenextraktionstabelle entworfen, die folgende Informationen enthält:

Datenextraktionstabelle im Anhang

- ✦ AutorInnen, Jahreszahl der Veröffentlichung
- ✦ Titel des Reviews/ HTA-Berichts
- ✦ Anzahl der eingeschlossenen Studien sowie der inkludierten PatientInnen, Zeitraum der Veröffentlichung der inkludierten Primärstudien
- ✦ Population (Indikation lt. Einschlusskriterien)
- ✦ Intervention (psychologische Intervention(en) lt. Einschlusskriterien)
- ✦ Kontrollintervention
- ✦ Authors' conclusion

Die Datenextraktion wurde von einer Person (JB) durchgeführt und von einer zweiten Person (IR) auf Vollständigkeit und Korrektheit der extrahierten Daten überprüft.

Im Anhang befindet sich die Datenextraktionstabelle mit allen extrahierten Informationen aus den Cochrane Reviews (siehe Tabelle 11.2-1) und den HTA-Berichten (siehe Tabelle 11.2-2).

2.6 Zusätzliche Quellen

„Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ als zusätzliche Informationsquelle

Zusätzlich zu den Cochrane Reviews und HTA-Berichten wurde ein Lehrbuch („Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“) [5] als Informationsquelle herangezogen. Aus diesem wurden alle dort genannten Indikationsbereiche sowie die dazu angeführten psychologischen Interventionen extrahiert und ebenfalls tabellarisch dargestellt. Die gesamte Extraktionstabelle ist im Anhang (siehe Kapitel 11.2.3) zu finden.

2.7 Berichtsstruktur

Beschreibung der Informationsquellen (Indikationen, Interventionen)
indikationsweise Zusammenfassung der Informationen (nach ICD-10)
Beschreibung der häufigsten Behandlungsmethoden

Zu Beginn des Ergebnis-Teils (Kapitel 3) wurden die eingeschlossenen Informationsquellen (Cochrane Reviews, Health Technology Assessments und das „Handbook“) kurz beschrieben und es wurde in Übersichtstabellen aufgelistet, zu welchen Indikationen Informationen zur Verfügung stehen und welche psychologischen Interventionen in den einzelnen Quellen genannt werden. Anschließend wurden die extrahierten Informationen indikationsweise (nach ICD-10 Kategorien geordnet) aufbereitet und zusammengefasst. Sofern aus 2 oder mehr Quellen Informationen vorlagen, wurde eine Tabelle erstellt, die die genannten Interventionen einander gegenüberstellt (Kapitel 4). Kapitel 5 widmet sich den (in den Cochrane Reviews) am häufigsten genannten Indikationen und bietet eine Kurzbeschreibung dieser 10 Behandlungsmethoden sowie einen Einblick in die diesbezügliche aktuelle Forschungssituation.

ICD-10: Überblick zu F-Kategorien

Tabelle 2.7-1 gibt einen Überblick über die „F-Kategorien“ der ICD-10 Klassifizierung („International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“).

Tabelle 2.7-1: „F-Kategorien“ der ICD-10 Klassifizierung

Foo-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>, Download am 02.09.2013

2.8 Review

Der Bericht wurde von einer internen Reviewerin und zwei externen ReviewerInnen begutachtet, wobei letztere u.a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht wurde:

- ❖ „fachliche Korrektheit“ (Stimmen die Informationen?)
- ❖ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (Wird die Methode richtig eingesetzt?)
- ❖ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?)
- ❖ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen?)
- ❖ „formale Korrektheit“
- ❖ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“

**interner und externer
Review als
Qualitätssicherung**

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts liegt beim LBI-HTA.

Ergebnisse (Kapitel 3-5)

3 Informationsquellen

3.1 Cochrane Reviews

Von jenen Cochrane Reviews, die im Titel die Begriffe „psychological“ und „intervention/therapy/treatment/debriefing“ enthielten, erfüllten 44 die Einschlusskriterien. Die extrahierten Informationen sind im Anhang (Kapitel 11.2.1) in Tabelle 11.2-1 dargestellt.

Die 44 eingeschlossenen Cochrane Reviews wurden im Zeitraum zwischen 2001 und 2013 veröffentlicht. Es wurden zwischen 0 und 68 Primärstudien eingeschlossen, wobei die Gesamtzahl der inkludierten PatientInnen zwischen 0 und 16.912 liegt. Von den eingeschlossenen Cochrane Reviews beschäftigten sich 7 ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen, weitere 6 zielten explizit sowohl auf Kinder als auch Erwachsene ab. Der Großteil der Cochrane Reviews adressierte die *Behandlung* von psychischen Störungen, 4 der inkludierten Reviews widmeten sich jedoch psychologischen Interventionen zur *Prävention*, und zwar von postpartalen Depressionen, von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sowie von posttraumatischen Belastungsstörungen.

44 Cochrane Reviews (CR) wurden eingeschlossen

davon befassten sich 7 Reviews ausschließlich mit Kindern/Jugendlichen, weitere 5 sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen

3.1.1 Beschreibung der Indikationen

Ein Cochrane Review wurde der ICD-10 Kategorie F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zugeordnet. 9 Cochrane Reviews untersuchen psychologische Behandlung bei PatientInnen mit Depressionen (F3 „Affektive Störungen“), wobei 2 davon auf Kinder und Jugendliche fokussieren. 9 Cochrane Reviews widmen sich der ICD-10 Kategorie F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“. Der Großteil davon wurde dem Indikationsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zugeordnet, davon wiederum analysiert ein Review die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischer Belastungsstörung. Bezüglich der ICD-10 Kategorie F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ wurden 20 Cochrane Reviews identifiziert. Davon beschäftigen sich 2 Reviews mit dem Indikationsbereich Essstörungen. 4 Reviews adressieren psychologische Interventionen bei (chronischen bzw. unspezifischen) Schmerzen. Die restlichen 15 Reviews untersuchen psychologische Behandlung bei andernorts klassifizierten Krankheiten (z.B. Brustkrebs, Asthma, Reizdarmsyndrom etc.). Der ICD-10 Kategorie F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ wurden 4 Cochrane Reviews zugeordnet.

Zuordnung der Cochrane Reviews zu ICD-10 Kategorien

Die Titel der 44 inkludierten Cochrane Reviews, geordnet nach ICD-10 Indikationsbereichen, sind in Tabelle 3.1-1 aufgelistet.

Tabelle 3.1-1: Titel der inkludierten Cochrane Reviews, geordnet nach Indikationsbereichen

Indikationen
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy
Affektive Störungen (F30-F39)
Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease
Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression
Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents
Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression
Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression
Psychological interventions for depression in heart failure
Psychological interventions for depression in adolescent and adult congenital heart disease
Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents
Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
Psychological therapies for generalised anxiety disorder
Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury
Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder
Psychological treatment of post-traumatic stress disorder
Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents
Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder
Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder
Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder
Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing
Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa
Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents
Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults
Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy
Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents
Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness
Psychological interventions for women with metastatic breast cancer
Psychological therapies for sickle cell disease and pain
Psychological therapies for thalassaemia
Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families
Psychological interventions for overweight or obesity
Psychological interventions for multiple sclerosis
Psychological treatment for epilepsy
Psychological interventions for coronary heart disease
Psychological interventions for children with asthma
Psychological interventions for adults with asthma

Indikationen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome
Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease
Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases
Psychological and educational interventions for atopic eczema in children
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
Psychological interventions for antisocial personality disorder
Psychological therapies for people with borderline personality disorder
Psychological therapies for pathological and problem gambling
Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending

3.1.2 Beschreibung der Interventionen

In Tabelle 3.1-2 ist dargestellt, welche Interventionen in den inkludierten Cochrane Reviews mit welcher Häufigkeit genannt wurden. Hierfür wurden ausschließlich die im Methodenteil der Cochrane Reviews in den „Einschlusskriterien“ („types of interventions“) aufgelisteten Interventionen herangezogen. (Jeweils kursiv gesetzt sind die 10 häufigsten Behandlungsmethoden, die in Folge in Kapitel 5 kurz beschrieben werden.)

Übersichtstabelle zu den in den Reviews genannten Interventionen

Tabelle 3.1-2: In den inkludierten Cochrane Reviews genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen

Interventionen	Anzahl der Nennungen	Interventionen	Anzahl der Nennungen
Kognitive und Verhaltenstherapien			
<i>Cognitive behavioural therapy (CBT)</i>	29	<i>Behavioural therapy</i>	12
Trauma-focused CBT	4	Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	5
Exposure (-based) therapy/ exposure	4	(Social) problem-solving therapy	2
Trauma-focused CBT group therapy	3	Behavioural contracting	2
Non-trauma-focused CBT group therapy	3	(Systematic) desensitisation	2
Mindfulness training	1	Parent training/coaching	2
Schema-focused therapy	1	Behavioural management therapy	1
<i>Cognitive therapy</i>	10	Dialectical behavioural therapy	1
Cognitive analytic therapy	3	Behavioural distraction	1
Suggestion	2	Behavioural approaches	1
Cognitive approaches	1	Modelling	1
Cognitive distraction	1	Rehearsal	1
Imagery	1	Positive reinforcement	1
Cognitive restructuring	1	Virtual reality	1
Thought-stopping	1	Response prevention	1
Coping self-statements	1	Social skills training	1
Memory change	1	Conditioning	1

Interventionen	Anzahl der Nennungen	Interventionen	Anzahl der Nennungen
Psychodynamische/psychoanalytische Therapien			
<i>Psychodynamic (psycho)therapy</i>	19	Psychoanalytic psychotherapy	3
Brief psychodynamic psychotherapy	1	Psychoanalysis	1
Individual psychodynamic therapy	1	Psychosomatic therapy	1
Group psychodynamic therapy	1	Mentalization-based therapy	1
Psychodynamic treatment	1	Transactional analysis	1
Psychodynamic/psychoanalytic oriented therapy	1		
Hypnose/Hypnotherapie			
<i>Hypnotherapy/ Hypnosis</i>	11		
Humanistische Therapieschulen			
<i>Supportive therapy</i>	7	Humanistic therapy	1
Non-directive or supportive therapy	2	Rogerian person-centred therapy	1
Gestalt therapy	2		
Systemische Therapien			
Family (based) therapy	6	Couples therapy	1
Systemic therapy	2	Narrative therapy	1
Interpersonelle Therapie			
<i>Interpersonal (psycho)therapy</i>	13		
Beratungs-/ Schulungsinterventionen, Psychoedukation			
<i>(non-directive) Counselling</i>	16	<i>(Patient) education</i>	10
Supportive counselling	4	Psycho-education/ psychoeducational strategies	4
Nutritional counselling	2	Medical staff coaching	1
Supportive interactions	2	Stress debriefing, critical incident stress debriefing, crisis intervention, psychiatric stress debriefing, multiple stressor debriefing, traumatic event debriefing, trauma debriefing	1
(Psychological) debriefing	2		
Entspannung/Stressmanagement			
<i>Relaxation (therapy)</i>	15	Mental relaxation techniques	1
Stress management	6	Autonomic (body) intervention	1
Biofeedback	6	Hyperventilation control	1
Progressive (muscle) relaxation	5	Breathing exercise	1
Autogenic training	3	Guided imagery	1
Andere psychologische/psychotherapeutische Interventionen			
Play therapy	2	Nidotherapy	1
Integrative therapy	1	Eclectic therapy	1
Motivational interviewing therapy	1	Therapeutic community treatment	1
Motivational enhancement therapy	1	Any psychotherapy including behavioural weight loss treatment	1

Interventionen	Anzahl der Nennungen	Interventionen	Anzahl der Nennungen
Allgemeine Angaben zu Therapien/Interventionen			
(Any/all) "Psychological intervention"	5	Individual psychotherapy	1
"Talking therapies"	4	Brief therapy	1
"Group intervention/therapy"	3	„Any psychotherapeutic treatment“	1
Any psychological intervention described as non-cognitive behaviour therapy	2	Psychological interventions ("defined broadly")	1
Use of psychological model or theory	1	Any psychological intervention described as non-cognitive behaviour therapy	2
Andere Interventionen/Therapien			
Exercise/ exercise-based intervention	4	Physical therapies	1
Pure self-help/ guided self-help intervention	3	Aromatherapy	1
Tangible assistance	2	Behavioural countermeasures	1
Cognitive rehabilitation	2	Creative & physical therapy	1
Occupational therapy intervention	2	Movement therapy	1
Music or dance therapy	2	Neurorehabilitation	1
Massage	2		

3.2 Health Technology Assessments

7 HTA-Berichte aus der systematischen Suche erfüllten die Einschlusskriterien. Die extrahierten Daten sind in Tabelle 11.2-2 im Anhang (Kapitel 11.2.2) nachzulesen.

7 HTA-Berichte wurden eingeschlossen

Die 7 HTA-Berichte wurden zwischen 2001 und 2013 publiziert. Zwischen 9 und 92 Primärstudien erfüllten die jeweiligen Einschlusskriterien und die Gesamtzahl der inkludierten PatientInnen schwankte zwischen 318 und 9.751. Von den insgesamt 7 Berichten wurden 4 HTAs von britischen Institutionen veröffentlicht. Je ein Health Technology Assessment wurde von einer deutschen, einer schwedischen und einer US-amerikanischen Institution publiziert.

3.2.1 Beschreibung der Indikationen

Die eingeschlossenen HTA-Berichte wurden, genauso wie die Cochrane Reviews, den ICD-10 Kategorien zugeordnet (siehe Tabelle 3.2-1).

Zuordnung der HTA-Berichte zu ICD-10 Kategorien

Es wurde ein HTA-Bericht inkludiert, der sich mit Alkoholmissbrauch beschäftigte und der ICD-10 Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zugeordnet wurde. 2 der insgesamt 7 inkludierten HTA-Berichte befassten sich mit psychologischer Therapie bei Depressionen (F3 „Affektive Störungen“). 2 Health Technology Assessments wurden der ICD-10 Kategorie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ zugeteilt, davon adressiert eines die Behandlung von posttrauma-

tischen Belastungsstörungen und das zweite befasst sich mit „dental anxiety“ (laut AutorInnen kann dies als spezifische Phobie verstanden werden). Ein HTA-Bericht widmet sich der Indikation Borderline-Persönlichkeitsstörung (F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“). Weiters wurde ein deutschsprachiger HTA-Bericht („Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreiambulanzen“) identifiziert. Dieser analysierte die Wirksamkeit verschiedener Interventionen bei Schreibabys. Die BerichtsautorInnen geben an, dass diese Indikation am ehesten einer ICD-10 Klassifizierung unter F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit“ entspricht.

Tabelle 3.2-1: Titel der inkludierten HTA-Berichte, geordnet nach Indikationsbereichen

Indikationen
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence (HTA)
Affektive Störungen (F30-F39)
A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression (HTA)
The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression (HTA)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
Psychological treatment of dental anxiety among adults (HTA)
Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (HTA)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder (HTA)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit (F90-F98)
Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreiambulanzen (HTA)

3.2.2 Beschreibung der Interventionen

Tabelle 3.2-2 bietet eine Übersicht zu den in den HTA-Berichten genannten Interventionen sowie die Häufigkeit deren Nennungen. Die Informationen wurden aus den Einschlusskriterien der Methoden-Kapitel extrahiert.

Übersichtstabelle zu in den HTAs genannten Interventionen

Tabelle 3.2-2: In den inkludierten HTA-Berichten genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen

Interventionen	Anzahl der Nennungen
Kognitive und Verhaltenstherapien	
Cognitive behavioural therapy (CBT)	2
Exposure-based therapy/Exposure	2
Behavioural therapy	1
Systematic desensitization	1
Cognitive restructuring	1
Cognitive processing therapy	1
Coping skills therapy	1
Assertiveness training	1
Dialectical behaviour therapy	1
Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	1
Psychodynamische/psychoanalytische Therapien	
Psychodynamic (psycho)therapy	1
Hypnose/Hypnotherapie	
Hypnosis/hypnotherapy	1
Interpersonelle Therapie	
Interpersonal therapy	1
Entspannung/Stressmanagement	
Relaxation therapy/training	2
Biofeedback	1
Stress inoculation training	1
Andere psychologische/psychotherapeutische Interventionen	
Brief eclectic psychotherapy	1
Allgemeine Angaben zu Therapien/Interventionen	
“Psychological therapies”	1
“All psychotherapies with an explicit psychological orientation ≤ 20 sessions”	1
“Any psychotherapeutic intervention targeted at the problem drinker as well as concerned significant other, particularly family member, or targeted at the concerned significant other of the problem drinker, particularly a family member and then engaging the problem drinker”	1
“Interventions involving qualified mental health professionals and <6 hours of contact per patient”	1

3.3 Lehrbuch

„Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“:
Volume 1 und 2

Als weitere Informationsquelle zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde die englischsprachige Publikation „Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology“ [5] hinzugezogen. Das Buch besteht aus 2 Teilen, wobei sich Volume One mit „Child and Adolescent Disorders“ und Volume Two mit „Adult Disorders“ befasst. Es wurden die im Buch genannten Indikationsbereiche sowie die dazugehörigen genannten Interventionen extrahiert. Die gesamte Extraktionstabelle ist im Anhang (siehe Kapitel 11.2.3) zu finden.

3.3.1 Beschreibung der Indikationen

Kinder und Jugendliche (Volume 1)

Volume 1: psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Der erste Teil des „Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology“ [5] widmet sich psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die genannten Indikationen wurden den ICD-10 Klassifizierungen zugeordnet und sind in Tabelle 3.3-1 aufgelistet.

Zuordnung der Kapitel zu ICD-10 Kategorien

Die meisten Indikationen wurden der ICD-10 Kategorie F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zugeordnet. 3 Kapitel befassen sich mit Ess- und Schlafstörungen und wurden der Kategorie F5 („Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“) zugeteilt. 2 Kapitel konnten den „Entwicklungsstörungen“ (F8) zugeordnet werden. In jeweils einem Kapitel des „Handbook“ finden sich Informationen zu den Kategorien „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, „Affektive Störungen“, „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „Intelligenzstörung“.

Tabelle 3.3-1: Übersicht zu den Indikationsbereichen des „Handbook“ Volume 1

Indikationen	
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	Smoking in children and adolescents
Affektive Störungen (F30-F39)	Depressive disorders in children and adolescents
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	Anxiety disorders in children and adolescents
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	Anorexia nervosa
	Bulimia
	Sleep disorders in children
Intelligenzstörung (F70-F79)	Intellectual disabilities
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	Learning disabilities
	Autism spectrum disorders
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	Attention-deficit/ hyperactivity disorder
	Conduct, oppositional defiant, and disruptive behavioral disorders
	Separation anxiety disorder

Indikationen	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	Reactive attachment disorder and severe attachment disturbances
	Tics and Tourette disorders
	Stuttering
	Encopresis
	Enuresis
	Paediatric feeding disorders
	Pica
	Stereotypic behaviour disorders
Andere	Self-injurious behaviour
	School refusal
	Child abuse and neglect

Erwachsene (Volume 2)

Der zweite Teil des Lehrbuchs [5] bietet umfassende Informationen zu psychischen Störungen bei Erwachsenen. Die dort genannten Indikationen sind, nach ICD-10 Indikationsbereichen geordnet, in Tabelle 3.3-2 nachzulesen.

Volume 2: psychische Störungen bei Erwachsenen

Es finden sich Informationen zu den ICD-10 Kategorien F0 bis F6. Die meisten Kapitel wurden der Kategorie F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zugeordnet.

Zuordnung der Indikationen zu ICD-10

Tabelle 3.3-2: Übersicht zu den Indikationsbereichen des „Handbook“ Volume 2

Indikationen	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	Dementia and related cognitive disorders
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	Alcohol use disorders
	Tobacco-related disorders
	Illicit substance-related disorders
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	Schizophrenia
Affektive Störungen (F30-F39)	Depression and Dysthymic disorders
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	Social anxiety disorder
	Panic Disorder
	Generalized anxiety disorder
	Obsessive-compulsive disorder
	Post-traumatic stress and acute stress disorders
	Adjustment disorders
	Somatoform and factitious disorder
	Hypochondriasis and health-related anxiety
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	Sleep disorders
	Erectile dysfunction
	Sexual dysfunctions in women
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	Borderline personality disorder

Indikationen	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	Other personality disorders
	Pathological gambling
	Paraphilias and sexual offending
Andere	Non-pharmacological interventions for chronic pain
	Relational problems

3.3.2 Beschreibung der Interventionen

Kinder und Jugendliche (Volume 1)

Übersicht zu im „Handbook“ genannten Interventionen bei Kindern/ Jugendlichen

In Tabelle 3.3-3 sind die Interventionen aufgelistet, die im Zusammenhang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Volume 1 des „Handbook“ genannt werden. Aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Interventionen werden hier nur jene wiedergegeben, die zumindest zweimal genannt wurden.

Tabelle 3.3-3: Im „Handbook“ (Volume 1) genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen

Interventionen	Anzahl der Nennungen
Kognitive und Verhaltenstherapien	
Cognitive behavioural therapy (CBT)	14
Problem-Solving Skills Training (PSST)	2
Exposure (in vivo)	2
Positive reinforcement	3
Social skills training	6
Cognitive restructuring	2
Behavioural interventions	3
Waking schedule	2
Habit reversal	2
Overcorrection	2
Applied behaviour analysis	2
Differential reinforcement	7
Extinction	4
Aversive stimulation	3
Stimulus control	3
Functional communication training	2
Behavioural parent training (BPT)	2
Parent-Child Interaction Therapy	3
The Incredible Years Training Series Program	2
Positive Parenting Program	2
Psychodynamische/psychoanalytische Therapien	
Psychodynamic (psycho)therapy	3
Systemische Therapien	
Family (based) therapy	2
Multisystemic Therapy (MST)	2

Interventionen	Anzahl der Nennungen
Interpersonelle Therapie	
Interpersonal psychotherapy	2
Entspannung/Stressmanagement	
Relaxation training	4
Andere psychologische/psychotherapeutische Interventionen	
Sensory integration (therapy)	2
Self-monitoring	2
Andere Interventionen/Therapien	
Pharmacological interventions	4

Erwachsene (Volume 2)

Tabelle 3.3-4 bietet eine Übersicht zu den in Volume 2 des „Handbook“ genannten Interventionen, die bezüglich psychischer Störungen bei Erwachsenen genannt wurden. Aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsmethoden wurden nur jene in die Tabelle aufgenommen, die zumindest zweimal erwähnt wurden.

Übersicht zu im „Handbook“ genannten Interventionen bei Erwachsenen

Tabelle 3.3-4: Im „Handbook“ (Volume 2) genannte Interventionen, Anzahl der Nennungen

Interventionen	Anzahl der Nennungen
Kognitive und Verhaltenstherapien	
Cognitive behavioural therapy (CBT)	28
Cognitive restructuring	2
CBT/relapse prevention	3
Cognitive therapy	7
Exposure (therapy)	5
Cue exposure therapy	2
Systematic desensitization	3
Social skills training	3
Behaviour therapy	4
Dialectic behaviour therapy	2
Community reinforcement approach	2
Contingency management	3
Reminiscence (and life review) therapy	2
Psychodynamische/psychoanalytische Therapien	
Psychodynamic (psycho)therapy	4
Short-term/brief psychodynamic psychotherapy	2
Hypnose/Hypnotherapie	
Hypnotherapy/hypnosis	3
Systemische Therapien	
Family intervention/ Family therapy	3
Couple therapy	3
Behavioural couple therapy/treatment	2

Interventionen	Anzahl der Nennungen
Interpersonelle Therapie	
Interpersonal psychotherapy	2
Explanatory therapy	2
Entspannung/Stressmanagement	
Relaxation (training/techniques)	7
Biofeedback	2
Behavioural stress management	2
Andere psychologische/psychotherapeutische Interventionen	
12-step based therapies/12-step oriented treatment programs	2
Allgemeine Angaben zu Therapien/Interventionen	
"Group psychotherapy"	2
Andere Interventionen/Therapien	
Pharmacological treatment/ pharmacotherapy	5
Exercise	3
Sensate focus exercise	3
Self-help	2
Social support/ support groups	2
Electromyography with visual biofeedback	2

4 Indikationen und Interventionen

In diesem Kapitel wurden die Informationen aus den eingeschlossenen Cochrane Reviews, den HTA-Berichten sowie dem Lehrbuch („Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“) indikationsweise (nach ICD-10 Zuordnung) dargestellt. Hauptaugenmerk wurde dabei auf die Indikationen und die in diesem Zusammenhang genannten Interventionen gelegt. Sofern Informationen aus mehreren Quellen zu einem Indikationsbereich vorhanden waren, wurde eine Tabelle erstellt, in der die jeweils genannten Interventionen einander gegenübergestellt wurden. Zu jeder genannten Indikation wurde zudem ein Unterkapitel erstellt, das die Informationen aus den „Authors’ Conclusions“ des Abstracts der Cochrane Reviews bzw. analog dazu die Schlussfolgerungen im Abstract der HTA-Berichte zusammenfasst, um einen groben Überblick zur Evidenzlage zu bieten. Die Gesamttabellen mit allen extrahierten Informationen befinden sich in alphabetischer Reihenfolge der ErstautorInnen im Anhang (Kapitel 11.2 ab S. 102).

indikationsspezifische Zusammenfassungen der Informationen aus den Cochrane Reviews, den HTAs und dem „Handbook“

Hauptaugenmerk auf Indikationen und Interventionen

zusätzlich grober Überblick zur Evidenzlage

4.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Informationsquellen

Tabelle 4.1-1: Informationsquellen Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	
Cochrane Review:	Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (Stade et al., 2009) [6]
HTA:	A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence (Meads et al., 2007) [7]
Lehrbuch-Kapitel:	Alcohol use disorders (Volume 2)

4.1.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)

Bezüglich der ICD-10 Kategorie “Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen” wurden ein relevanter Cochrane Review sowie ein HTA-Bericht identifiziert, die sich mit psychologischen Interventionen bei Alkoholkonsum/-missbrauch beschäftigen. Aus dem Lehrbuch („Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“, Volume 2) [5] liegen ebenfalls Informationen zu „Alcohol use disorders“ vor.

**Alkoholkonsum/-missbrauch:
1 CR, 1 HTA,
„Handbook“-Kapitel**

<p>CR zu psychologischen und Schulungsmaßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen</p>	<p>Indikationen</p>	<p>Der Cochrane Review „Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy“ aus dem Jahr 2009 [6] untersuchte die Wirksamkeit psychologischer und Schulungsmaßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen sowie Frauen, die eine Schwangerschaft planen. Der HTA-Bericht „A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence“ aus dem Jahr 2007 [7] evaluierte die Wirksamkeit und Kosteneffektivität psychologischer Therapien bei Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit, die ein Familienmitglied oder eine/n FreundIn des/der PatientIn in die Therapie miteinbeziehen.</p>
<p>HTA zu psychologischen Therapien mit Einbeziehung einer Bezugsperson bei Alkoholmissbrauch</p>	<p>Interventionen</p>	<p>Der HTA-Bericht spezifizierte in den Einschlusskriterien nicht, welche Interventionen berücksichtigt werden sollten, sondern gab an, dass jede <i>psychotherapeutische</i> Intervention relevant sei, die entweder an die Person mit Alkoholmissbrauch sowie eine Bezugsperson („significant other“) gemeinsam oder nur an eine Bezugsperson (v.a. Familienmitglied) der betroffenen Person gerichtet ist.</p>
<p>HTA: Einbeziehung eines Familienmitglieds/FreundIn in die Therapie</p>	<p>Der Cochrane Review und das Lehrbuch nannten beide die kognitive Verhaltenstherapie als psychologische Intervention bei Alkoholkonsum bzw. –missbrauch. Die anderen genannten Interventionen überschneiden sich nicht; der Cochrane Review nannte weiters kurze psychodynamische Psychotherapie, interpersonelle Psychotherapie sowie die unterstützende Beratung. Das „Handbook“ erwähnte, abgesehen von CBT, mehrere spezifische psychologische Behandlungsmethoden, wie beispielsweise „Cue Exposure Therapy“ (spezielle Form der Expositionstherapie), Gemeindeorientierte Suchttherapie („Community reinforcement approach“), Motivierende Gesprächsführung („Motivational Interviewing“) oder 12-Schritte-Programme („12-step-based therapies“). Alle für diese Diagnosegruppe genannten Interventionen sind in Tabelle 4.1-2 aufgelistet.</p>	
<p>kognitive Verhaltenstherapie von CR und „Handbook“ genannt</p>	<p>Evidenzlage</p>	<p>Der Cochrane Review von Stade et al. [6] inkludierte 4 RCTs aus dem Zeitraum 1995-2007, in die insgesamt 175 schwangere Frauen eingeschlossen waren. Laut AutorInnen deutet die vorhandene Evidenz darauf hin, dass psychologische Interventionen und Schulungsmaßnahmen zu einer höheren Abstinenzrate und einer Reduktion des Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen führen können. Die Ergebnisse waren jedoch nicht konsistent und durch die limitierte Anzahl an Studien, die geringe Anzahl an StudienteilnehmerInnen, das hohe Bias-Risiko bei manchen Studien sowie die Komplexität der Interventionen konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, welche Intervention am effektivsten wäre.</p>
<p>CR: 4 RCTs (1995-2007) mit 175 Schwangeren psychologische und Schulungsmaßnahmen können zu höherer Abstinenzrate und Reduktion des Alkoholkonsums führen</p>		

In den HTA-Bericht von Meads et al. [7] wurden bezüglich der Wirksamkeit 34 RCTs aus den Jahren 1974-2006 mit rund 3.500 PatientInnen eingeschlossen. Die vorhandene Evidenz wies den AutorInnen zufolge darauf hin, dass Therapien, in die Familienmitglieder oder FreundInnen der betroffenen Person mit Alkoholmissbrauch involviert werden, alkohol-assoziierte Outcomes (z.B. Abstinenzraten) reduzieren und zudem – für das „National Health Service“ – möglicherweise kostensparend sein können. Es seien weitere Studien notwendig bezüglich der langfristigen Wirksamkeit verschiedener Behandlungsstrategien und deren finanzieller Auswirkungen.

HTA: 34 RCTs (1974-2006) mit rund 3.500 PatientInnen

psychologische Therapien mit Einbeziehung einer Bezugsperson können alkohol-assoziierte Outcomes reduzieren

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Die untersuchten psychologischen Therapien schienen sowohl bei schwangeren Frauen als auch bei Personen mit Alkoholmissbrauch zu einer Reduktion alkohol-assoziiierter Outcomes (z.B. Abstinenzrate) zu führen.

Reduktion alkohol-assoziiierter Outcomes

Tabelle 4.1-2: Psychologische Interventionen bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)

Intervention	Cochrane Review	HTA	Handbook [5]
	Reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (Stade et al., 2009) [6] ⁸	Alcohol misuse or dependence/ "problem drinker" (Meads et al., 2007) [7]	Alcohol use disorders (Vol. 2)
Cognitive behaviour therapy	x		x
Brief psychodynamic psychotherapy	x		
Interpersonal psychotherapy	x		
Supportive counselling/ therapy	x		
Contingency management			x
Cue exposure therapy			x
Community reinforcement approach			x
Behavioural couples and family treatments			x
Brief interventions			x
Motivational interviewing and Motivational enhancement therapy			x
12-step-based therapies			x
Case management			x
Any psychotherapeutic intervention targeted at the problem drinker as well as a concerned significant other, particularly family member		x	
Any psychotherapeutic intervention targeted at the concerned significant other of the problem drinker, particularly a family member and then engaging the problem drinker		x	

⁸ Im Review von Stade et al. (2009) wurden auch Schulungsmaßnahmen („educational interventions“) in den Einschlusskriterien angeführt, diese sind in der Tabelle nicht aufgelistet. Als Schulungsmaßnahmen wurden u.a. folgende Interventionen genannt: „brief educational counselling sessions, individual focused educational strategies, family-focused programs“ etc.

4.2 Affektive Störungen (F30-F39)

Informationsquellen

Tabelle 4.2-1: Informationsquellen Affektive Störungen (F30-F39)

Affektive Störungen (F30-F39)	
Cochrane Reviews:	Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression (Dennis et al., 2007) [8]
	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Dennis & Dowswell, 2013) [9]
	Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Dennis & Hodnett, 2007) [10]
	Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Merry et al., 2011) [11]
	Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents (Cox et al., 2012) [12]
	Psychological interventions for depression in heart failure (Lane et al., 2005) [13]
	Psychological interventions for depression in adolescent and adult congenital heart disease (Lane et al., 2003) [14]
	Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease (Baumeister et al., 2011) [15]
	Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression (Baumeister et al., 2012) [16]
HTAs:	A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression (Churchill et al., 2001) [17]
	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression (Rodgers et al., 2012) [18]
Lehrbuch-Kapitel:	Depression and Dysthymic disorders (Volume 2)
	Depressive disorders in children & adolescents (Volume 1)

4.2.1 Depressive Störungen (F32-F33)

Depressionen: Es wurden 9 Cochrane Reviews und 2 HTA-Berichte eingeschlossen, deren Ziel es war, psychologische Interventionen bei Depression zu analysieren.

9 CR, 2 HTAs

Indikationen

3 CR zu Depressionen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt

3 Cochrane Reviews beschäftigten sich mit Depression im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt: der Review von Dennis et al. aus dem Jahr 2013 [9] untersuchte psychosoziale und psychologische Interventionen zur Prävention von postpartalen Depressionen (PPD), jener aus dem Jahr 2007 [10] psychosoziale und psychologische Interventionen zur Behandlung von postpartalen Depressionen und ein weiterer aus dem Jahr 2007 [8] analysierte psychosoziale und psychologische Interventionen zur Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft („antenatal depression“).

2 CR zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Der Review von Merry et al. (2011) [11] inkludierte Studien, die sich mit psychologischen Interventionen (und Schulungsmaßnahmen) zur Prävention von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen befassten, und zwar sowohl im Sinne universeller Präventionsstrategien als auch Interventionen, die auf Risikogruppen abzielten. Ein weiterer Review untersuchte psycholo-

gische Therapien zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen [12].

Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2005 [13] analysierte die Wirksamkeit psychologischer Interventionen zur Behandlung von Depressionen bei PatientInnen mit Herzinsuffizienz, ein weiterer [14] inkludierte Jugendliche und Erwachsene mit angeborenen Herzerkrankungen und Depressionen. Die beiden Reviews von Baumeister et al. untersuchten psychologische und pharmakologische Interventionen zur Behandlung von Depressionen bei erwachsenen PatientInnen mit Diabetes mellitus [16] sowie Koronarer Herzkrankheit („coronary artery disease“) [15].

Durch die systematische Datenbanksuche wurden 2 HTA-Berichte identifiziert, die ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllten. Diese untersuchten zum einen die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von kurzen psychologischen Behandlungen bei Depression [17] und zum anderen die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychologischen Interventionen geringer Intensität („low-intensity“) für die Sekundärprävention von Rückfällen nach einer Depression [18].

Das „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ stellt Informationen zur Depression sowohl bei Erwachsenen (Vol. 2) als auch bei Kindern und Jugendlichen (Vol. 1) zur Verfügung [5].

Interventionen

Die in den einzelnen Publikationen genannten psychologischen Interventionen bei der Indikation Depression sind in Tabelle 4.2-2 zusammengefasst. Alle Quellen, die spezifische psychologische Interventionen in den Einschlusskriterien anführten, erwähnten die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als eine der möglichen Interventionen. Ebenfalls sehr häufig (in 9 von 13 Quellen) wurde die Interpersonelle Psychotherapie angegeben. In 6 Cochrane Reviews wurde weiters Beratung als psychologische Maßnahme bei Depressionen genannt („counselling“ bzw. „non-directive counselling“). 5 Cochrane Reviews sowie das Kapitel des Lehrbuchs zu Depressionen bei Erwachsenen erwähnten die Psychodynamische (Psycho)Therapie.

Der HTA-Bericht zur Rückfallprophylaxe inkludierte alle kurzen Interventionen (<6 Stunden), die durch „qualified mental health professionals“ erbracht wurden, eine weitere Spezifizierung der relevanten Behandlungsmethoden wurde in den Einschlusskriterien nicht vorgenommen. Der zweite HTA-Bericht führte an, dass alle psychotherapeutischen Behandlungen relevant seien, die im Kontext einer expliziten psychologischen Richtung beschrieben und innerhalb von maximal 20 Stunden abgeschlossen wurden; diese wurden ebenfalls nicht weiter spezifiziert.

Evidenzlage

Der Cochrane Review von Dennis et al. aus dem Jahr 2007 [8] identifizierte lediglich eine Studie aus den USA (2003), die 38 schwangere Frauen inkludierte und die Wirksamkeit von interpersoneller Psychotherapie bei Frauen mit Depressionen während der Schwangerschaft untersuchte. Die AutorInnen des Reviews kamen zu dem Schluss, dass die Evidenz ungenügend sei, um Empfehlungen abzugeben. Es wurden jedoch 12 zu dem Zeitpunkt noch nicht veröffentlichte Studien identifiziert, welche die Schlussfolgerungen ändern könnten.

4 CR zu Depressionen bei PatientInnen mit anderen Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus)

1 HTA zu kurzen psychologischen Behandlungen

1 HTA zur Sekundärprävention von Rückfällen

„Handbook“: Depressionen bei Erwachsenen und bei Kindern

häufig genannte Interventionen:

kognitive Verhaltenstherapie

interpersonelle Psychotherapie, Beratung, psychodynamische Psychotherapie

HTAs: keine Spezifizierung der relevanten Interventionen

CR: 1 Studie (2003) mit 38 Schwangeren

Evidenz ungenügend, um Empfehlungen abzugeben

<p>CR: 10 Studien (1989-2006) mit 956 Patientinnen</p> <p>wirksame Behandlungsoption für Frauen mit PPD</p>	<p>Dennis & Hodnett inkludierten in ihren 2007 publizierten Cochrane Review [10] zur Wirksamkeit psychosozialer und psychologischer Maßnahmen in der Behandlung postpartaler Depressionen 10 Studien aus dem Zeitraum 1989-2006 mit insgesamt 956 Patientinnen. Die AutorInnen berichteten, dass, trotz der mehrheitlich nicht guten methodologischen Qualität der Studien, die Ergebnisse der Meta-Analyse nahelegen, dass psychosoziale und psychologische Interventionen eine wirksame Behandlungsoption für Frauen mit postpartalen Depressionen darstellen. Die langfristige Wirksamkeit blieb jedoch ungeklärt.</p>
<p>CR: 30 RCTs (1995-2011) mit 16.912 Patientinnen</p> <p>psychologische Interventionen zur Prävention von PPD wirksam</p>	<p>Der Review von Dennis & Dowswell (2013) [9] zur Prävention von postpartalen Depressionen umfasste 30 RCTs (publiziert zwischen 1995 und 2011) mit insgesamt 16.912 Patientinnen. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass psychosoziale und psychologische Interventionen die Anzahl der Frauen, die eine PPD entwickeln, signifikant reduzierten. Vielversprechende Maßnahmen waren laut AutorInnen z.B. Hausbesuche nach der Geburt („intensive, professionally-based postpartum home visits“), telefonbasierte Unterstützung („telephone-based peer support“) und interpersonelle Psychotherapie.</p>
<p>CR: 10 RCTs (1997-2009) mit 1.235 Kindern und Jugendlichen mit Depressionen</p> <p>limitierte Evidenz, Wirksamkeit nicht nachgewiesen</p>	<p>In den Cochrane Review von Cox et al. (2012) [12] wurden 10 Studien des Zeitraums 1997-2009 mit insgesamt 1.235 PatientInnen eingeschlossen. Die AutorInnen fanden limitierte Evidenz bezüglich der Wirksamkeit psychologischer Interventionen, Antidepressiva und deren Kombination und stellten fest, dass auf Basis der vorhandenen Studien die Wirksamkeit dieser Maßnahmen für die Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen nicht nachgewiesen werden kann. Weitere, adäquat gepowerte RCTs werden benötigt.</p>
<p>CR: 53 RCTs (1990-2010) mit 14.406 PatientInnen</p> <p>Präventionsprogramme können Depressionen bei Kindern und Jugendlichen verhindern</p>	<p>Dem Review von Merry et al. (2011) [11] zufolge, der 53 Studien (aus dem Zeitraum 1990-2010) mit insgesamt 14.406 PatientInnen inkludierte, gäbe es einige Hinweise, dass sowohl gezielte als auch universelle Präventionsprogramme, im Vergleich mit keiner Intervention, das Auftreten von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen verhindern können. Die AutorInnen wiesen jedoch darauf hin, dass die verdeckte Zuteilung („allocation concealment“) in den meisten Studien unklar war und die Ergebnisse Heterogenität aufwiesen. Dennoch lege die Konsistenz der Ergebnisse nahe, dass es sich um einen tatsächlichen und nicht um einen Placebo-Effekt handelte.</p>
<p>CR: 16 RCTs (1986-2009) mit rund 4.000 PatientInnen mit KHK</p> <p>psychologische und pharmakologische Interventionen zeigten kleinen, aber klinisch bedeutsamen Effekt auf Depressions-Outcomes</p>	<p>16 Studien mit rund 4.000 PatientInnen, die im Zeitraum 1986-2009 publiziert wurden, erfüllten die Einschlusskriterien für den Review von Baumeister et al. (2011) [15], der die Wirksamkeit psychologischer und pharmakologischer Interventionen für die Behandlung von Depressionen bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) analysierte. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass psychologische und pharmakologische Interventionen (SSRIs, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) einen kleinen, aber klinisch bedeutsamen Effekt auf Depressions-Outcomes bei PatientInnen mit Koronarer Herzkrankheit haben können. Es wurde kein positiver Effekt auf die Mortalität und die kardialen Ereignisse („cardiac events“) festgestellt. Insgesamt gab es jedoch, auf Grund der geringen Anzahl an Studien hoher Qualität pro Outcomeparameter und auf Grund der Heterogenität der Populationen und Interventionen, spärliche Evidenz.</p>

Der Cochrane Review zu Depressionen bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus von Baumeister et al. aus dem Jahr 2012 [16] identifizierte 19 relevante RCTs (veröffentlicht 1997-2011) mit insgesamt 1.592 PatientInnen. Die Metaanalyse ergab, dass psychologische und pharmakologische Interventionen einen moderaten und klinisch signifikanten Effekt auf Depressions-Outcomes bei DiabetikerInnen zeigten. Die Blutzuckerkontrolle verbesserte sich zudem in pharmakologischen Studien, für psychologische Interventionen ist die Evidenz diesbezüglich nicht eindeutig. Manche Outcomes, z.B. Diabetes-Komplikationen, Lebensqualität und gesundheitsökonomische Faktoren, wurden nicht ausreichend untersucht. Aufgrund mehrerer Studien geringer Qualität mit hohem Bias-Risiko und der Heterogenität der untersuchten Populationen und Interventionen, sei die Evidenzlage insgesamt spärlich und nicht abschließend bewertbar.

Der Review von Lane et al. (2003) [14] zielte darauf ab, die Wirksamkeit psychologischer Interventionen für die Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen Herzerkrankungen zu untersuchen, identifizierte aber keine einzige Studie, die die Einschlusskriterien erfüllte. Die AutorInnen betonten die Notwendigkeit einer gut geplanten randomisierten kontrollierten Studie, da Depressionen bei PatientInnen mit angeborenen Herzerkrankungen häufig seien und die körperlichen Folgen der Krankheit verschlimmern könnten.

Der zweite Cochrane Review von Lane et al. (2005) [13] identifizierte ebenfalls keine einzige relevante Studie und kann somit keine Aussage zur Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen in PatientInnen mit Herzinsuffizienz treffen.

Der HTA-Bericht von Churchill et al. [17], der 2001 vom HTA Programme des NHS publiziert wurde, befasste sich mit der Wirksamkeit kurzer psychologischer Interventionen bei Erwachsenen mit Depressionen. Es wurden 63 Studien aus dem Zeitraum 1973 und 1998 eingeschlossen (Gesamtzahl der PatientInnen unklar). Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass manche Formen der kurzen psychologischen Intervention (vor allem jene, die von einem kognitiven bzw. Verhaltens-Modell abgeleitet wurden) bei der Behandlung von Personen mit Depression außerhalb des Spitalssettings nützlich zu sein scheinen. Bezüglich z.B. potentieller negativer Auswirkungen der psychologischen Behandlung oder unterschiedlicher Effekte alternativer Interventionen konnten die AutorInnen auf Basis der Ergebnisse des HTA-Berichts keine Aussagen treffen.

Der HTA-Bericht von Rodgers et al. aus dem Jahr 2012 [18] hatte das Ziel, die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen, die als „low intensity“ klassifiziert werden können, für die Prävention eines Rückfalls zu analysieren. Es sollte zum einen ein systematischer Review durchgeführt werden, für den alle Interventionen geringer Intensität („low intensity“) berücksichtigt werden sollten, die von „para-professionals“, „peer supporters“ oder „psychological well-being practitioners“ angeboten wurden; für diesen Teil wurden keine relevanten Studien identifiziert. Zum anderen wurde ein „Scoping Review“ durchgeführt, der Interventionen durch professionelle Berufsgruppen (z.B. PsychiaterInnen, Klinische PsychologInnen, kognitive VerhaltenstherapeutInnen) mit weniger als 6 Stunden PatientInnenkontakt inkludierte. Für den Scoping Review wurden 3 noch laufende relevante Studien sowie 14 bereits im Zeitraum 1996-2010 publizierte Studien identifiziert, die rund 1.500 PatientInnen umfassten. Die Schlussfolgerung der AutorInnen lautete, dass die Evidenz unzureichend sei, um die Wirksamkeit von „low-intensity“

CR: 19 RCTs (1997-2011) mit 1.592 PatientInnen mit Diabetes mellitus

psychologische und pharmakologische Interventionen zeigten moderaten, klinisch signifikanten Effekt auf Depressions-Outcomes

insgesamt spärliche Evidenz

CR zu Depressionen bei PatientInnen mit angeborenen Herzerkrankungen: keine Studien eingeschlossen

CR zu Depressionen bei PatientInnen mit Herzinsuffizienz: keine Studien inkludiert

HTA: 63 Studien (1973-1998)

kurze psychologische Interventionen schienen wirksam in der Behandlung von Depressionen

HTA/ Scoping Review: 14 Studien (1996-2010) mit rund 1.500 PatientInnen

Hinweise auf Wirksamkeit kurzer psychologischer Interventionen durch ExpertInnen in Rückfallsprävention, jedoch inkonsistente Ergebnisse

Interventionen zur Rückfallprophylaxe nach Depressionen zu beurteilen. Die Ergebnisse des Scoping-Reviews zu kurzen psychologischen Interventionen durch SpezialistInnen („professionals“) wiesen darauf hin, dass manche Ansätze vielversprechend zu sein scheinen, die Ergebnisse waren jedoch nicht konsistent.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

psych. Interventionen scheinen wirksam:
- in der Behandlung von Depressionen bei Erwachsenen, von PPD
- in der Rückfallprophylaxe sowie in der Prävention von PPD & von Depressionen bei Kindern & Jugendlichen
- bei PatientInnen mit KHK & Diabetes
keine Aussagen möglich bez. Depressionen in der Schwangerschaft, bei Kindern & Jugendlichen, bei angeborenen Herzkrankungen und Herzinsuffizienz

Kurze psychologische Interventionen erschienen wirksam in der Behandlung von Depressionen sowie – wenn die Intervention durch eine professionelle Berufsgruppe erbracht wurde – in der Sekundärprävention eines Rückfalls nach einer Depression. Während sich psychologische und psychosoziale Interventionen zur Prävention sowie zur Behandlung von postpartalen Depressionen als wirksam erwiesen, gab es bezüglich der Behandlung von Depressionen während der Schwangerschaft unzureichende Evidenz, um Empfehlungen abzugeben. Die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen, Antidepressiva und deren Kombination zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen konnte auf Basis der eingeschlossenen Studien nicht nachgewiesen werden, Programme zur Prävention von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen erwiesen sich jedoch als wirksam (sowohl gezielte als auch universelle Präventionsstrategien). Psychologische (und pharmakologische) Interventionen zur Behandlung von Depressionen bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit bzw. Diabetes mellitus zeigten – trotz insgesamt spärlicher Evidenz – kleine bzw. moderate Effekte auf Depressions-Outcomes. Bezüglich der psychologischen Behandlung von Depressionen bei PatientInnen mit angeborenen Herzerkrankungen und Herzinsuffizienz konnten die jeweiligen Cochrane Reviews keine relevanten Studien inkludieren, weshalb hinsichtlich dieser PatientInnengruppen keine Aussagen getroffen werden können.

Tabelle 4.2-2: Psychologische Interventionen bei Depressiven Störungen (F32-F33)

Intervention	Cochrane Reviews									HTA		Handbook [5]	
	Pregnant women with antenatal depression (Dennis et al., 2007) [8] ⁹	Women with depressive symptoms within the first year postpartum (Dennis & Hodnett, 2007) [10]	Prevention of postpartum depression in pregnant women and new mothers (Dennis & Dowswell, 2013) [9]	Depression in children & adolescents (6-18 yrs.) (Cox et al., 2012) [12]	Prevention of depression in children & adolescents (Merry et al., 2011) [11] ¹⁰	Depression in patients (adults) with coronary artery disease (Baumeister et al., 2011) [15]	Depression in patients (adults) with diabetes mellitus (Baumeister et al., 2012) [16]	Depression in adolescents & adults with congenital heart disease (Lane et al., 2003) [14]	Depression in adults with heart failure (Lane et al., 2005) [13] ¹¹	Depression in adults (16-65 yrs.) (Churchill et al., 2001) [17]	Secondary prevention of relapse after depression (Rodgers et al., 2012) [18] ¹²	Depression and Dysthymic disorders (Vol. 2)	Depressive disorders in children & adolescents (Vol. 1)
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	x	x	x ¹³	x	x	x	x	x			x	x ¹⁴
Psychodynamic (psycho)therapy		x		x		x	x		x			x (short term)	
Interpersonal (psycho)therapy	x	x	x	x		x	x		x			x	x
Non-directive therapy						x	x						
Supportive/humanistic therapy				x		x	x	x	x				
Non-directive supportive therapy												x	

⁹ “Any form of standard or usual care compared to a variety of non-pharmaceutical interventions (...) delivered via telephone, home or clinic visits, or individual or group sessions antenatally by a professional (nurse, midwife, childbirth educator, physician) or lay person (a specially trained woman from the community, a student)”

¹⁰ “We have defined psychological interventions broadly as those that target psychological processes thought to be involved in the development of depression and educational interventions are those that provide education about depression, its causes and what could be done about it in a broad sense (...). However, the two can overlap, especially when psychological interventions include some psycho-education.”

¹¹ “All non-pharmacological psychological interventions delivered by healthcare workers with specific training in these techniques were considered.”

¹² Dieser HTA-Bericht besteht aus 2 Teilen (Part A und B). Part A inkludierte Interventionen geringer Intensität („low-intensity“), welche keine „highly qualified mental health professionals“ (z.B. PsychiaterInnen, klinische PsychologInnen, „Mental health nurse“) involvierten, sondern z.B. durch „Para-professionals“, „Peer supporters“ oder „Case managers“ durchgeführt wurden. Part B, der als „Scoping Review“ bezeichnet wurde, inkludierte kurze Interventionen (<6 Stunden), die von qualifizierten „mental health professionals“ erbracht wurden. In der Tabelle sind nur die in Part B genannten Interventionen angeführt.

¹³ “CBT uses cognitive restructuring training and teaching behavioural changes.”

¹⁴ z.B. „relaxation, activity selection, cognitive restructuring, problem solving, social skills training“

Intervention	Cochrane Reviews								HTA		Handbook [5]		
(Non-directive) Counselling	x		x			x	x	x	x				
Behavioural therapy (BT)				x ¹⁵									
Mindfulness training				x									
Cognitive therapy (CT)				x ¹⁶									
Problem-solving therapy				x								x	
Play therapy				x	x								
Psycho-educational strategies	x		x										
Various supportive interactions	x		x										
Tangible assistance	x		x										
Psychological debriefing			x										
Psychotherapy ¹⁷								x	x				
Interventions where participants were involved in educational, relaxation or exercise programmes									x				
Behavioural activation treatment												x	
Self-control therapy												x	

¹⁵ “BT focuses attention on increasing access to pleasant events and positive reinforcers through the use of activity scheduling and social skills development.”

¹⁶ “CT uses cognitive restructuring training.”

¹⁷ “any psychological intervention described as non-cognitive behavioural therapy”

Indikationen und Interventionen

Intervention	Cochrane Reviews									HTA		Handbook [5]	
Social skills training												x	
Reminiscence and life review therapy for older adults												x	
Couple therapy												x	
Interventions involving qualified mental health professionals and <6 hours of contact per patient											x		
all psychotherapies described within an explicit psychological orientation and ≤ 20 sessions										x			

4.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

Informationsquellen

Tabelle 4.3-1: Informationsquellen Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	
Cochrane Reviews:	Psychological therapies for generalised anxiety disorder (Hunot et al., 2007) [19]
	Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury (Soo & Tate, 2007) [20]
	Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (Gava et al., 2007) [21]
	Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (Bisson & Andrew, 2007) [22]
	Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Gillies et al., 2012) [23]
	Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (Hetrick et al., 2010) [24]
	Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder (Roberts et al., 2009) [25]
	Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (Rose et al., 2002) [26]
	Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (Roberts et al., 2010) [27]
HTA:	Psychological treatment of dental anxiety among adults (Wide Boman et al., 2012) [28]
	Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (Jonas et al., 2013) [29]
Lehrbuch-Kapitel:	Social anxiety disorder (Volume 2)
	Generalised anxiety disorder (Volume 2)
	Panic disorder (Volume 2)
	Anxiety disorders in children and adolescents (Volume 1)
	Obsessive-compulsive disorder (Volume 2)
	Posttraumatic stress disorder (Volume 2)
	Acute stress disorder (Volume 2)
	Adjustment disorders (Volume 2)

4.3.1 Phobische Störungen (F40)

Indikationen

Phobische Störungen:
1 HTA zu „dental anxiety“

„Handbook“: Kapitel zu sozialer Phobie

Bezüglich des Indikationsbereichs Phobische Störungen wurde lediglich eine Übersichtsarbeit identifiziert, die aufgrund der Einschlusskriterien inkludiert werden konnte. Es handelt sich dabei um einen HTA-Bericht aus dem Jahr 2012, der sich mit psychologischen Interventionen bei Erwachsenen mit Zahnarztphobie/Zahnbehandlungsangst („dental anxiety“) beschäftigte. Die BerichtsauteurInnen gaben an, dass „dental anxiety“ als spezifische Phobie (F40.2) verstanden werden kann [28]. Das „Handbook“ [5] beinhaltet ein Kapitel zu „social anxiety disorder“ bzw. „social phobia“. Die soziale Phobie (F40.1) ist ebenfalls der ICD-10 Kategorie F40 zuzuordnen.

Interventionen

Die in den beiden Quellen genannten Interventionen sind in Tabelle 4.3-2 angeführt. Sowohl der HTA-Bericht als auch das „Handbook“ nannten Konfrontationstherapie („exposure“) und Entspannungstherapie („relaxation therapy“) als psychologische Maßnahmen bei phobischen Störungen.

**Konfrontationstherapie,
Entspannungstherapie**

Evidenzlage

Der HTA-Bericht von Wide-Boman et al. [28], der 2012 vom HTA-Zentrum der Region Västra-Götaland veröffentlicht wurde, inkludierte 10 Studien, die im Zeitraum 1984-2008 publiziert wurden und rund 300 PatientInnen umfassten. Den AutorInnen zufolge gäbe es einige Hinweise darauf, dass Verhaltenstherapie „dental anxiety“ mehr reduzieren könne als eine Vollnarkose/Sedierung oder keine Behandlung und zudem die Akzeptanz der konventionellen Zahnbehandlung verbessern könne.

**HTA: 10 Studien (1984-
2008) mit rund 300
PatientInnen**

**Verhaltenstherapie
reduzierte „dental
anxiety“ mehr als
Sedierung/keine
Behandlung**

Tabelle 4.3-2: Psychologische Interventionen bei Phobischen Störungen (F40)

Intervention	HTA	Handbook [5]
	Adults with dental phobia or severe dental anxiety (Wide Boman et al., 2012) [28]	Social anxiety disorder (Vol. 2)
Behavioural therapy (BT) including cognitive behavioural therapy (CBT)	x	
Exposure (treatments)	x	x
Systematic desensitization	x	
Relaxation therapy/ applied relaxation	x	x
Combined exposure plus cognitive restructuring treatments		x
Social skills training		x
Mindfulness and Acceptance-Based Therapies ¹⁸		x
Interpersonal psychotherapy		x
Psychodynamic approaches		x

4.3.2 Andere Angststörungen (F41)

Indikationen

Durch die systematische Suche wurde ein Cochrane Review aus dem Jahr 2007 [19] identifiziert, der die Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Erwachsenen mit generalisierter Angststörung analysierte. Das Handbuch [5] stellt ebenfalls Informationen zu Interventionen bei dieser Indikation zur Verfügung.

**1 CR zu generalisierter
Angststörung**

**1 CR zu Angststörungen/
-symptomen bei
PatientInnen mit
Schädel-Hirn-Traumata**

Ein weiterer Cochrane Review aus dem Jahr 2007 [20] untersuchte psychologische Behandlungen für Angststörungen und Angstsymptome bei PatientInnen ab 5 Jahren mit Schädel-Hirn-Traumata („traumatic brain injury“).

¹⁸ Hier wurden als Beispiele „Acceptance and Commitment Therapy“ sowie „Mindfulness-based Cognitive Therapy“ genannt.

„Handbook“: Kapitel zu
generalisierter Angst-
störung, Panikstörung,
Angststörung bei
Kindern/Jugendlichen

kognitive
Verhaltenstherapie
(CBT),
psychoanalytische
Psychotherapie,
„Counselling“

CR: 25 Studien (1980-
2003) mit 1.305
PatientInnen mit
generalisierter
Angststörung

auf CBT basierende
Interventionen
reduzierten
Angstsymptome

CR: 3 RCTs (1982-2005)
mit 60 PatientInnen mit
Schädel-Hirn-Traumata

Hinweise auf Wirksam-
keit spezifischer
Interventionen,
insgesamt jedoch wenig
Evidenz

wirksam bei
generalisierter Angst-
störung, Hinweise auf
Wirksamkeit bei
Angstsymptomen nach
Schädel-Hirn-Trauma

Das „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ [5] nennt psychologische Maßnahmen bei Panikstörungen, diese wurden ebenfalls der ICD-10 Kategorie F41 zugeteilt. Volume 1 des „Handbook“ beinhaltet zudem ein Kapitel zu Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Interventionen

Die Übersicht über die in den Quellen genannten Interventionen (in Tabelle 4.3-3) zeigt, dass die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) sowohl im Lehrbuch als auch im Cochrane Review als Behandlungsmethode bei generalisierter Angststörung genannt wurde. Beide Cochrane Reviews als auch das Lehrbuch (im Bereich der Erwachsenen) führten zudem psychoanalytische/psychodynamische Psychotherapie als Intervention bei Angststörungen an. Die beiden Cochrane Reviews nannten auch Beratung („Counselling“) als mögliche psychologische Maßnahme.

Evidenzlage

Der Cochrane Review von Hunot et al. (2007) [19] inkludierte 25 Studien mit insgesamt 1.305 PatientInnen, die im Zeitraum 1980-2003 publiziert wurden. Es wurde festgestellt, dass psychologische Interventionen, basierend auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie, zu einer Reduktion der Angstsymptome in der kurzfristigen Behandlung von PatientInnen mit generalisierter Angststörung führten. Die Evidenzlage bezüglich des Vergleichs von CBT mit anderen psychologischen Interventionen war limitiert und heterogen, weshalb keine Schlüsse darüber abgeleitet werden konnten, welche Therapien am wirksamsten sind. Die AutorInnen forderten weitere Studien, die nicht-CBT-Verfahren bei generalisierter Angststörung untersuchen.

In den Review von Soo & Tate aus dem Jahr 2007 [20] wurden 3 RCTs (publiziert 1982-2005) mit insgesamt 60 StudienteilnehmerInnen eingeschlossen. Aufgrund der Heterogenität der Studien wurde keine Metaanalyse durchgeführt. Die Review-AutorInnen fanden einige Hinweise für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei akuten Belastungsreaktionen nach leichten Schädel-Hirn-Traumata sowie für die Wirksamkeit von CBT kombiniert mit Neurorehabilitation bei allgemeinen Angstsymptomen nach leichten bis mittelschweren Schädel-Hirn-Traumata. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse müsse jedoch die geringe Anzahl an Studien, der kleine Stichprobenumfang sowie die Heterogenität der publizierten Studien berücksichtigt werden; weitere Studien werden benötigt.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Psychologische Interventionen (basierend auf CBT-Prinzipien) erwiesen sich in der Reduzierung von Angstsymptomen bei PatientInnen mit generalisierter Angststörung als wirksam. Außerdem gab es Hinweise auf die Wirksamkeit bestimmter psychologischer Interventionen bei PatientInnen mit Angstsymptomen nach Schädel-Hirn-Traumata.

Tabelle 4.3-3: Psychologische Interventionen bei Anderen Angststörungen(F41)

Intervention	Cochrane Reviews		Handbook [5]		
	Generalised anxiety disorder in adults (Hunot et al., 2007) [19]	People aged 5 years and over with traumatic brain injury and anxiety (Soo & Tate, 2007) [20] ¹⁹	Generalised anxiety disorder (Vol. 2)	Panic disorder (Vol. 2)	Anxiety disorders in children and adolescents (Vol. 1)
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x		x ²⁰	x ²¹	x
Behaviour therapy		x			
Cognitive therapy		x			
Psychoanalytic therapy/ analytical psychotherapy/ psychodynamic therapy	x	x	x	x	
Active supportive therapy	x ²²				
Rogerian person-centred therapy	x				
Gestalt therapy	x				
Transactional analysis	x				
Counselling	x	x			
Family therapy		x			
Neurorehabilitation		x			
Cognitive rehabilitation		x			
Cognitive re-evaluation				x	
Exposure				x	
Breathing retraining				x	
Social skills training		x			
(Psycho-)Education		x		x	
Exercise				x	
Complementary and alternative medicine				x	
Pharmacological treatment				x	x

¹⁹ „Any form of psychological treatment aimed at reducing anxiety, with or without pharmacological treatment, were included in the review.” Die in der Tabelle angeführten Interventionen wurden als Beispiele genannt.

²⁰ Als CBT-Methoden wurden genannt: “Cognitive Avoidance Model, Intolerance for Uncertainty Model (IUM), Metacognitive Model, Acceptance-Based Behaviour Therapy”.

²¹ „Cognitive behavioural treatment of panic disorder: psychoeducation, cognitive re-evaluation, exposure, breathing retraining”

²² In der Kategorie “Active supportive therapy” werden folgende Methoden angeführt: Rogerian person-centred therapy, Gestalt therapy, Transactional analysis, Counselling

4.3.3 Zwangsstörung (F42)

Indikationen

Zwangsstörung:
1 CR,
„Handbook“-Kapitel

Für die Indikation Zwangsstörung (F42) („obsessive-compulsive disorder“) wurde ein Cochrane Review [21] identifiziert, der die Einschlusskriterien erfüllte. Dieser verglich psychologische Behandlung mit Routine-Behandlung bei Personen mit Zwangsstörungen. Das Lehrbuch [5] stellt ebenfalls Informationen bezüglich einer Behandlung bei dieser Indikation zur Verfügung.

Interventionen

CBT, Konfrontations-
therapie, „ritual/
response prevention“,
kognitive Therapie

Der Vergleich der genannten Interventionen (siehe Tabelle 4.3-4) zeigt, dass sowohl der Cochrane Review als auch das Lehrbuch folgende Behandlungsmethodenangaben: kognitive Verhaltenstherapie, Konfrontationstherapie („exposure“) und „ritual/response prevention“ sowie kognitive Therapie.

Evidenzlage

CR: 8 RCTs (1997-2004)
mit rund 300
PatientInnen

CBT Interventionen
scheinen wirksame
Behandlungsmethode
bei Zwangsstörungen
zu sein

Der Cochrane Review von Gava et al. aus dem Jahr 2007 [21] inkludierte 8 RCTs des Zeitraums 1997-2004 mit insgesamt rund 300 PatientInnen. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass psychologische Interventionen, die von einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modell abgeleitet wurden, eine wirksame Behandlungsmethode für erwachsene PatientInnen mit Zwangsstörungen darstellen. Größere randomisiert-kontrollierte Studien hoher Qualität mit längerem Follow-up seien gefordert, um CBT und andere psychologische Interventionen, im Vergleich miteinander und mit Kontrollinterventionen, weiter zu untersuchen.

Tabelle 4.3-4: Psychologische Interventionen bei Zwangsstörungen (F42)

Intervention	Cochrane Review	Handbook [5]
	Obsessive-compulsive disorder (Gava et al., 2007) [21]	Obsessive-compulsive disorder (Vol. 2)
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	x
Cognitive therapy	x ²³	x
Cognitive restructuring	x	
Behaviour therapy	x ²⁴	
Exposure	x	x
Ritual/ response prevention	x	x
Relaxation therapy	x ²⁵	
Progressive muscle relaxation	x	
Mental relaxation techniques	x	
Psychodynamic therapy	x	
Interpersonal therapy	x	
Gestalt therapy	x	
Biofeedback	x	

²³ „including some kind of cognitive restructuring training“

²⁴ „including exposure or response prevention“

²⁵ „including progressive muscle relaxation and mental relaxation techniques“

4.3.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Indikationen

Es wurden 6 Cochrane Reviews und ein HTA-Bericht identifiziert, die sich auf den Indikationsbereich F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) beziehen.

3 der Cochrane Reviews untersuchten psychologische Interventionen zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen („post-traumatic stress disorder“, PTSD): der Review von Bisson & Andrew (2007) [22] analysierte die Wirksamkeit psychologischer Behandlung von Personen mit PTSD, im Vergleich zu Warteliste/ Routinebehandlung oder anderen psychologischen Interventionen. Hetrick et al. (2010) [24] untersuchten die Kombination von psychologischer und pharmakologischer Behandlung verglichen zu einer der beiden Behandlungen alleine bei PatientInnen mit PTSD und der Review von Gillies et al. aus dem Jahr 2012 [23] inkludierte Studien zur psychologischen Behandlung von PTSD bei Kindern und Jugendlichen (3-18 Jahre).

3 weitere Reviews analysierten zum einen psychologische Behandlung bei akuten Stresssymptomen („acute traumatic stress symptoms“) im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen, die innerhalb der letzten 3 Monate aufgetreten sind [27], und zum anderen psychologische Interventionen zur Prävention einer posttraumatischen Belastungsstörung [25, 26].

Der HTA-Bericht [29] beschäftigte sich mit psychologischen und pharmakologischen Behandlungsmethoden für Erwachsene mit posttraumatischer Belastungsstörung.

Das Lehrbuch („Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology“) nennt in Volume 2 [5], das sich psychischen Störungen bei Erwachsenen widmet, sowohl für die posttraumatische Belastungsstörung als auch für akute Belastungsreaktionen („acute stress disorders“) psychologische Maßnahmen, die in den jeweiligen Indikationen angewandt werden. Zusätzlich enthält das „Handbook“ auch ein Kapitel zu Anpassungsstörungen (F43.2, „adjustment disorders“). In Volume 1, das sich mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt, gibt es kein Kapitel zu diesem Indikationsbereich.

Interventionen

In der Übersicht zu den in den einzelnen Informationsquellen genannten Interventionen (siehe Tabelle 4.3-5) ist ersichtlich, dass bis auf einen Cochrane Review alle Informationsquellen eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie („cognitive behavioural therapy“, CBT) als psychologische Intervention bei dieser Diagnosegruppe nannten. 4 Cochrane Reviews gaben eine spezifische, traumafokussierte Methode der CBT an („trauma-focused CBT“). In 5 Cochrane Reviews, dem HTA-Bericht sowie dem Lehrbuch-Kapitel zu PTSD wurden auch die Konfrontationstherapie („exposure therapy“ bzw. „exposure-based therapy“), die meist als Unterkategorie der (traumafokussierten) CBT genannt wurde, sowie „Eye movement desensitisation and reprocessing“ (EMDR) als psychologische Interventionen bei PTSD bzw. akuten Stresssymptomen erwähnt. In 5 der Cochrane Reviews und im HTA-Bericht wurde die psychodynamische Psychotherapie angegeben und in ebenfalls 6 Quellen wurde eine Form des Stressmanagements und der Entspannungstherapie genannt. 3 Reviews und der HTA-Bericht erwähnten zudem die Hypnose. Weiters ist aus der Tabelle ersichtlich, dass in 5 Cochrane Reviews eine Art der Beratung angegeben wurde („supportive counselling“ bzw. „non-directive counselling“).

**6 Cochrane Reviews,
1 HTA-Bericht**

**3 CR zur Behandlung
von posttraumatischen
Belastungsstörungen
(PTSD),**

**davon 1 CR zu PTSD
bei Kindern und
Jugendlichen**

**3 CR zur Behandlung
von akuten
Stresssymptomen bzw.
zur Prävention einer
PTSD**

**1 HTA zur Behandlung
von PTSD bei
Erwachsenen**

**„Handbook“:
Kapitel zu PTSD, akute
Belastungsreaktionen
und Anpassungs-
störungen bei
Erwachsenen**

**CBT bzw. trauma-
fokussierte CBT,
Konfrontationstherapie,
„Eye movement
desensitisation and
reprocessing“ (EMDR),
psychodynamische
Psychotherapie,
Stressmanagement,
Entspannungstherapie,
Hypnose, Beratung**

Evidenzlage

- CR: 14 Studien (2000-2011) mit 758 PatientInnen**
psychologische Maßnahmen (v.a. CBT) zur Behandlung von PTSD bei Kindern/Jugendlichen wirksam
- Gillies et al. [23] inkludierten 14 Studien des Zeitraums 2000-2011 mit insgesamt 758 PatientInnen in den Cochrane Review, der 2012 publiziert wurde. Die AutorInnen fanden Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Maßnahmen (v.a. CBT) bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Monat nach der Therapie. Weitere Studienergebnisse zur längerfristigen Wirksamkeit seien notwendig. Es blieb außerdem ungeklärt, welche psychologischen Interventionen bei welchen Arten von Traumata eingesetzt werden sollten.
- CR: 33 RCTs (1989-2004) mit >2.000 PatientInnen**
Evidenz für die Wirksamkeit von traumafokussierter CBT, EMDR und Stressmanagement
- In den Cochrane Review von Bisson & Andrew (2007) [22] wurden 33 randomisierte kontrollierte Studien, die zwischen 1989 und 2004 veröffentlicht wurden, mit insgesamt mehr als 2.000 PatientInnen eingeschlossen. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass „trauma-focused cognitive behavioural therapy“ (TFCBT) (sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting), „Eye movement desensitisation and reprocessing“ (EMDR) und Stressmanagement effektive Behandlungsmethoden bei posttraumatischen Belastungsstörungen seien. Andere nicht-traumafokussierte Interventionen konnten die Symptome der PTSD nicht im gleichen Ausmaß reduzieren. 2 bis 5 Monate nach der Behandlung waren TFCEBT im Einzelsetting sowie EMDR dem Stressmanagement tendenziell überlegen. Es gab unzureichende Evidenz, um festzustellen, ob psychologische Therapie Schaden verursachen kann.
- CR: 4 RCTs (2003-2008) mit 24 Kindern und 100 Erwachsenen mit PTSD**
unzureichende Evidenz zur kombinierten psychologischen und medikamentösen Behandlung vs. eine der beiden Therapien alleine
- Ein weiterer Review zur PTSD (Hetrick et al., 2010) [24] untersuchte, ob die Kombination von psychologischer Behandlung und Pharmakotherapie wirksamer in der Behandlung von PTSD ist als eine der beiden Behandlungen alleine. 4 Studien, publiziert zwischen 2003 und 2008, wurden inkludiert, davon untersuchte ein RCT (N=24) Kinder und Jugendliche mit PTSD, die anderen 3 RCTs schlossen insgesamt 100 erwachsene TeilnehmerInnen ein. Die AutorInnen schlussfolgerten, dass nicht ausreichend Evidenz vorhanden sei, um die Wirksamkeit kombinierter psychologischer und medikamentöser Behandlung (im Vergleich zu einer der beiden Therapien alleine) entweder zu bestätigen oder zu widerlegen. Weitere große RCTs wurden gefordert.
- CR: 15 RCTs (1996-2009) mit rund 1.200 PatientInnen**
Wirksamkeit der traumafokussierten CBT bei akuten Stresssymptomen
- Der Cochrane Review von Roberts et al. [27], der 2010 veröffentlicht wurde, identifizierte 15 RCTs (aus 1996-2009) mit rund 1.200 PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Es gab Evidenz dafür, dass bei Individuen mit akuten Stresssymptomen TFCEBT im Einzelsetting verglichen mit Warteliste und unterstützenden Beratungsinterventionen („supportive counselling interventions“) wirksam war. Aufgrund der unterschiedlichen Qualität der Studien, der oft geringen Stichprobengröße und der Heterogenität der inkludierten RCTs, müssten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Es brauche zusätzliche Studien hoher Qualität mit längerer Follow-up Periode, um TFCEBT und andere Formen der psychologischen Intervention weiter zu untersuchen.
- CR: 11 RCTs (1993-2007) mit 941 PatientInnen**
keine Empfehlung für Routineeinsatz kurzer psychologischer Interventionen zur Prävention von PTSD nach traumatischen Erlebnissen, nachteilige Auswirkungen möglich
- Ein weiterer Review von Roberts et al. (2009) [25] inkludierte 11 RCTs mit insgesamt 941 StudienteilnehmerInnen, die im Zeitraum 1993-2007 publiziert wurden und kurze psychologische Interventionen zur Prävention von PTSD bei Personen nach einem traumatischen Erlebnis evaluierten. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass keine psychologische Intervention für den Routine-Einsatz nach traumatischen Ereignissen empfohlen werden könne. Die untersuchten Interventionen („multiple session interventions“) könnten, genauso wie einmalige Interventionen („single session interventions“) auf manche TeilnehmerInnen nachteilige Auswirkungen haben und sollten daher nicht routinemäßig bei allen Individuen nach einem traumatischen Ereignis eingesetzt werden.

Rose et al. [26] identifizierten für ihren Cochrane Review von 2002 15 relevante randomisierte kontrollierte Studien, die im Zeitraum zwischen 1979-2004 publiziert wurden (Anzahl der PatientInnen unklar). Es sollte untersucht werden, ob kurzes psychologisches „Debriefing“ für die Prävention von PTSD wirksam ist. Die Ergebnisse zeigten, dass es keine Evidenz dafür gibt, dass einmaliges psychologisches Debriefing im Einzelsetting zur Prävention von PTSD nach traumatischen Ereignissen eine nützliche Intervention darstellt. Die Review-AutorInnen befürworteten daher, dass ein verpflichtendes Debriefing von Traumaopfern unterlassen werden sollte.

Der HTA-Bericht, der 2013 von der „Agency for Healthcare Research and Quality“ publiziert wurde, identifizierte 92 Studien mit rund 9.700 PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Für einige psychologische (und pharmakologische) Behandlungsmethoden wurde zumindest eine moderate Evidenzstärke („strength of evidence“, SOE) festgestellt, welche deren Wirksamkeit in der Behandlung von Erwachsenen mit PTSD unterstützt. Diese umfassten u.a. Konfrontationstherapie („exposure-based therapy“), „Cognitive processing therapy“, kognitive Therapie, „CBT-mixed therapies“, EMDR und einige medikamentöse Behandlungen. Die Effektstärken für die genannten psychologischen Interventionen waren den AutorInnen zufolge groß und die „Number Needed To Treat“ (NNT) jeweils 4 oder kleiner. Die Evidenz war unzureichend, um festzustellen, welche Interventionen bei bestimmten Arten von Traumata wirksamer sind.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Psychologische Interventionen erwiesen sich als wirksam in der Behandlung von PTSD sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Bezüglich der Kombination psychologischer und medikamentöser Behandlung gab es unzureichende Evidenz, um deren Wirksamkeit (verglichen mit einer der Therapien alleine) zu beurteilen. Ein Review zeigte die Wirksamkeit traumafokussierter CBT bei akuten Stresssymptomen. Es gab keine Evidenz für die Wirksamkeit mehrmaliger bzw. einmaliger psychologischer Interventionen zur Prävention von PTSD nach traumatischen Erlebnissen, die AutorInnen der beiden Reviews sprachen sich gegen einen Routineeinsatz aus.

CR: 15 RCTs (1979-2004)

keine Evidenz für die Wirksamkeit von einmaligem psychologischen „Debriefing“ zur Prävention von PTSD

HTA: 92 Studien mit rund 9.700 PatientInnen

moderate Evidenzstärke für einige spezifische psychologische Interventionen zur Behandlung von Erwachsenen mit PTSD, z.B. Konfrontationstherapie, EMDR, kognitive Therapie

wirksam in der Behandlung von PTSD bei Kindern & Jugendlichen sowie Erwachsenen

keine Evidenz für die Wirksamkeit psych. Interventionen zur Prävention von PTSD

Tabelle 4.3-5: Psychologische Interventionen bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Intervention	Cochrane Reviews						HTA	Handbook [5]		
	Treatment of PTSD in children & adolescents (Gillies et al., 2012) [23]	Treatment of PTSD in adults (Bisson & Andrew, 2007) [22]	Treatment of PTSD in patients of any age (Hetrick et al., 2010) [24]	Treatment of acute traumatic stress symptoms in adults (Roberts et al., 2010) [27]	Prevention of PTSD in adults (Roberts et al., 2009) [25]	Prevention of PTSD (age ≥ 16) (Rose et al., 2002) [26]		PTSD in adults (Jonas et al., 2013) [29]	Posttraumatic stress disorder (Vol. 2)	Acute stress disorder (Vol. 2)
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x				x		x ²⁶	x	x (brief CBT)	x
Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TFCBT)		x	x	x	x					
TFCBT group therapy		x		x	x					
Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	x	x	x	x	x		x	x		
Exposure(-based) therapy	x	x	x	x	x		x	x		
Psychodynamic therapy/ treatments	x	x	x	x	x		x			
Stress management/ stress inoculation training/ relaxation (training)		x		x	x		x	x		x
Hypnosis or hypnotherapy		x		x	x		x			
Supportive counselling	x		x							
Non-directive counselling		x		x	x					
Education/ Psychoeducation				x	x					x
Interpersonal therapy			x				x			
Family(-based) therapy	x									x
Non-trauma focused CBT therapy				x	x					

²⁶ „such as cognitive restructuring, cognitive processing therapy, exposure-based therapy, and coping skills therapy (may include components such as stress inoculation training, biofeedback, or relaxation training)”

Intervention	Cochrane Reviews					HTA	Handbook [5]		
Non-trauma focused CBT group therapy		x							
Cognitive therapy							x		
Cognitive restructuring						x			
Cognitive processing therapy						x			
Narrative therapy	x								
Brief eclectic psychotherapy						x			
Dynamic supportive therapy									x
Coping skills therapy						x			
Assertiveness training						x			
Biofeedback						x			
Medical crisis counselling									x
Psychological debriefing					x			x	
Stress debriefing					x				
Critical incident stress debriefing					x				
Crisis intervention					x				
Psychiatric stress debriefing					x				
Multiple stressor debriefing					x				
Traumatic event debriefing					x				
Trauma debriefing					x				
Self-help/support groups									x
Stepped care				x					
Interventions aimed at enhancing positive coping skills and improving overall wellbeing ²⁷				x					

²⁷ Als Beispiele wurden genannt: “an occupational therapy intervention, an exercise based intervention or a guided self-help intervention“.

4.4 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Informationsquellen

Tabelle 4.4-1: Informationsquellen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	
Cochrane Reviews:	Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Hay et al., 2009) [30]
	Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Hay et al., 2001) [31]
	Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents (Eccleston et al., 2012) [32]
	Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Williams et al., 2012) [33]
	Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy (Kisely et al., 2012) [34]
	Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents (Uman et al., 2006) [35]
	Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness (Eccleston et al., 2012) [36]
	Psychological interventions for women with metastatic breast cancer (Edwards et al., 2008) [37]
	Psychological therapies for sickle cell disease and pain (Anie & Green, 2012) [38]
	Psychological therapies for thalassaemia (Anie & Massaglia, 2001) [39]
	Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families (Glasscoe & Quittner, 2008) [40]
	Psychological interventions for overweight or obesity (Shaw et al., 2005) [41]
	Psychological interventions for multiple sclerosis (Thomas et al., 2006) [42]
	Psychological treatment for epilepsy (Ramaratnam et al., 2008) [43]
	Psychological interventions for coronary heart disease (Whalley et al., 2011) [44]
	Psychological interventions for children with asthma (Yorke et al., 2005) [45]
	Psychological interventions for adults with asthma (Yorke et al., 2006) [46]
	Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome (Zijdenbos et al., 2009) [47]
	Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease (Timmer et al., 2011) [48]
	Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases (Renz et al., 2007) [49]
Psychological and educational interventions for atopic eczema in children (Ersser et al., 2007) [50]	
Lehrbuch-Kapitel:	Bulimia (Volume 1)
	Anorexia nervosa (Volume 1)

4.4.1 Essstörungen (F50)

Indikationen

Für den Indikationsbereich Essstörungen wurden 2 die Einschlusskriterien erfüllende Cochrane Reviews identifiziert. Der Review von Hay et al. aus dem Jahr 2009 [30] widmete sich psychologischer Behandlung bei Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder. Der zweite inkludierte Cochrane Review (Hay et al., 2001) [31] verglich psychologische Behandlung und den Einsatz von Antidepressiva sowie deren Kombination bei Bulimia nervosa. Es wurden keine HTA-Berichte zu dieser Indikation identifiziert, welche die Einschlusskriterien erfüllten.

Das Lehrbuch ("Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology") [5] behandelt in Teil 1 ("Child and Adolescent Disorders") die Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.

Interventionen

Die Übersicht zu den genannten Interventionen bei Essstörungen in Tabelle 4.4-2 zeigt, dass die kognitive Verhaltenstherapie sowohl in den Cochrane Reviews (für Bulimie und Binge Eating Disorder) als auch im Lehrbuch (für Bulimie und Anorexie) angeführt wurde. Weiters wurde für die Behandlung der Bulimie die Interpersonelle Psychotherapie in allen Informationsquellen angeführt. Die beiden Cochrane Reviews gaben außerdem die psychodynamische/ psychoanalytische Psychotherapie sowie die Ernährungsberatung („nutritional counselling“) an.

Bezüglich der Behandlung der Anorexia nervosa wurde kein Cochrane Review identifiziert, das Lehrbuch nannte als Behandlungsmethoden die kognitive Verhaltenstherapie, die Familientherapie, die kognitiv-analytische Therapie sowie die Maßnahmen „weight restoration/nutritional rehabilitation“.

Evidenzlage

Der Cochrane Review von Hay et al. aus dem Jahr 2001 [31] inkludierte 7 RCTs (Anzahl der inkludierten PatientInnen unklar), die zwischen 1990 und 1997 publiziert wurden, und verglich Antidepressiva gegen psychologische Behandlung sowie die Kombination der beiden in der Behandlung von Bulimia nervosa. Bei Anwendung einer konservativen statistischen Methode waren Kombinationstherapien der Psychotherapie alleine überlegen. Die anderen Vergleiche erreichten keine statistische Signifikanz. Psychotherapie schien von den PatientInnen besser akzeptiert zu werden, wobei die Akzeptanz der psychologischen Behandlung sank, wenn diese mit Antidepressiva kombiniert wurde.

Ein weiterer Review von Hay et al. [30] untersuchte psychologische Interventionen bei PatientInnen mit Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung und wurde 2009 publiziert. 48 RCTs aus dem Zeitraum 1985-2007 mit insgesamt 3.054 StudienteilnehmerInnen wurden eingeschlossen. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass es Evidenz für die Wirksamkeit von CBT bei Bulimie-PatientInnen gibt, dass die Qualität der Studien jedoch sehr unterschiedlich und die Anzahl der TeilnehmerInnen oft gering ist. Zusätzliche und größere Studien würden benötigt, vor allem bezüglich der Behandlung von Binge-Eating-Störungen und anderen so genannten „nicht näher bezeichneten Essstörungen“. Die AutorInnen sprachen sich außerdem dafür aus, wirksame Therapien für PatientInnen zu entwickeln, die sowohl ein Gewichtsproblem als auch eine Essstörung haben.

1 CR zu Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder,

1 CR zu Bulimia nervosa

“Handbook“: Kapitel zu Anorexie und Bulimie

kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie, Ernährungsberatung

CR: 7 RCTs (1990-1997)

Kombinationstherapie (Antidepressiva + psychologische Therapie) war Psychotherapie alleine überlegen

CR: 48 RCTs (1985-2007) mit 3.054 PatientInnen mit Bulimie oder Binge-Eating-Störung

Evidenz für die Wirksamkeit von CBT bei Bulimie

Zusammenfassung der Evidenzlage:

**CBT wirksam bei
Bulimie-PatientInnen

Kombination mit
Antidepressiva besser
als Psychotherapie
alleine**

Es gab Evidenz für die Wirksamkeit von CBT bei Bulimie-PatientInnen, die Ergebnisse beruhten jedoch auf teilweise methodisch schlechten und kleinen Studien. Kombinationstherapien aus Antidepressiva und psychologischer Behandlung schienen der Psychotherapie alleine in der Behandlung von Bulimie überlegen zu sein. Bezüglich Binge-Eating-Disorder konnte der Review keine Aussage treffen; zur Anorexie wurden keine Cochrane Reviews/HTAs identifiziert.

Tabelle 4.4-2: Psychologische Interventionen bei Essstörungen (F50)

Intervention	Cochrane Reviews		Handbook [5]	
	Bulimia nervosa (Hay et al., 2001) [31]	Bulimia nervosa and bingeing (Hay et al., 2009) [30]	Bulimia (Vol. 1)	Anorexia nervosa (Vol. 1)
Cognitive behavioural therapy	x	x	x	x
Interpersonal (psycho)therapy	x	x	x	
Psychodynamic/psychoanalytic psychotherapy	x	x		
Nutritional counselling	x	x ²⁸		
Family (based) therapy	x			x
Cognitive therapy	x			
Cognitive analytic therapy				x
Behaviour therapy	x			
Supportive therapy	x			
Hypnotherapy		x		
Any other psychotherapy including behavioural weight loss treatment for overweight binge eaters		x		
"Pure self-help" ²⁹		x		
Weight Restoration/ Nutritional Rehabilitation				x
Psychopharmacological treatments			x	

4.4.2 Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)

Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten: 19 CR

Durch die systematische Suche wurden 19 Reviews identifiziert, die der ICD-10 Kategorie „Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)“ zugeordnet wurden.

²⁸ „as an adjunct to a psychological treatment“

²⁹ “this specifically refers to modified forms of the classic CBT (...), delivered without therapeutic guidance (in this review by reading a book)”

Schmerzen

Indikationen

4 Cochrane Reviews befassten sich mit (chronischen bzw. unspezifischen) **Schmerzen**: Der Review von Eccleston et al. aus dem Jahr 2012 [32] untersuchte die Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder wiederkehrenden Schmerzen, jener von Williams et al. (2012) [33] analysierte psychologische Interventionen bei nicht-malignen Schmerzen (exklusive Kopfschmerzen) bei Erwachsenen. Kisely et al. aus dem Jahr 2012 [34] inkludierte Studien, die psychologische Interventionen bei PatientInnen mit unspezifischen Schmerzen in der Brust untersuchten. Ein weiterer Cochrane Review von Uman et al. (2006) [35] untersuchte die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen und Belastungen, die durch medizinische Eingriffe, bei der Nadeln zum Einsatz kommen, hervorgerufen werden (z.B. Impfungen, Blutabnahme, Injektionen, Lumbalpunktion, etc.).

Das Lehrbuch beinhaltet ein Kapitel zu nicht-pharmakologischen Interventionen bei chronischem Schmerz.

Interventionen

2 Cochrane Reviews und das Lehrbuch nannten die kognitive Verhaltenstherapie als mögliche psychologische Intervention. Ein Review sowie das „Handbook“ erwähnten die Entspannungstherapie („relaxation therapy“). 2 weitere Reviews spezifizierten in den Einschlusskriterien nicht, welche psychologischen Interventionen eingeschlossen werden sollen; es seien all jene Studien relevant, die mindestens einen Studienarm mit einer psychologischen Behandlung aufweisen. Alle genannten Interventionen sind in Tabelle 4.4-3 angeführt.

Evidenzlage

Eccleston et al. [32] publizierten 2012 ein Update eines Reviews von 2009 zur Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen und wiederkehrenden Schmerzen und inkludierten insgesamt 37 RCTs mit 1.938 PatientInnen, die zwischen 1984 und 2012 veröffentlicht wurden. Es wurde festgestellt, dass psychologische Interventionen eine wirksame Maßnahme zur Reduktion der Schmerzintensität bei Kindern und Jugendlichen (<18 Jahre) mit Kopfschmerzen darstellen und dass diese Verbesserungen nachhaltig zu sein scheinen. Auch bei Kindern mit anderen Schmerzen als Kopfschmerzen verbesserten psychologische Behandlungsmethoden sowohl Schmerzen als auch Funktionseinschränkungen („pain and disability“). Es gab limitierte Evidenz, um die Auswirkungen der psychologischen Therapie auf die Stimmungslage („mood“) der Kinder und Jugendlichen mit Kopfschmerzen und anderen Schmerzen sowie auf die Funktionseinschränkung („disability“) bei Kindern mit Kopfschmerzen zu beurteilen.

4 CR zu Schmerzen:

**1 CR zu Kindern/
Jugendlichen mit
chronischen Schmerzen,
1 CR zu Schmerzen bei
Erwachsenen, 1 CR zu
unspezifischen
Brustschmerzen, 1 CR zu
Schmerzen und Ängsten
in Zusammenhang mit
medizinischen
Eingriffen mit Nadeln**

**kognitive
Verhaltenstherapie,
Entspannungstherapie**

**bei 2 Reviews keine
Spezifizierung der
relevanten
Interventionen**

**CR: 37 RCTs (1984-2012)
mit 1.938 Kindern und
Jugendlichen mit
chronischen/ wieder-
kehrenden Schmerzen**

**psychologische
Interventionen wirksam
in der Reduktion der
Schmerzintensität, für
manche Outcomes
unzureichende Evidenz**

CR: 42 Studien (1986-2011), davon 35 RCTs mit 4.788 Erwachsenen in der Metaanalyse

CBT, verglichen mit Routinebehandlung/Warteliste, zeigte kleine bis moderate Effekte bezüglich Schmerzen, Stimmungszustand, Funktionseinschränkung und „Katastrophisieren“

Der Cochrane Review von Williams et al. aus dem Jahr 2012 [33] identifizierte 42 Studien (publiziert 1986-2011), die die Einschlusskriterien erfüllten, und inkludierte 35 RCTs mit insgesamt 4.788 StudienteilnehmerInnen in die Metaanalyse. Ziel war es, die Wirksamkeit psychologischer Maßnahmen bei Erwachsenen mit chronischen Schmerzen (exkl. Kopfschmerzen) zu untersuchen. Kognitive Verhaltenstherapie zeigte den Review-AutorInnen zufolge einen Nutzen, wenn sie mit der Routinebehandlung oder Warteliste verglichen wurde, nicht aber im Vergleich mit einer aktiven Kontrollintervention. CBT, aber nicht Verhaltenstherapie, zeigte schwache Effekte bezüglich einer Verbesserung der Schmerzen, aber nur unmittelbar nach der Behandlung und im Vergleich zur Routinebehandlung/Warteliste. CBT (aber nicht Verhaltenstherapie) zeigte geringe Auswirkungen auf die Funktionseinschränkungen („disability“) im Zusammenhang mit den Schmerzen, die teilweise auch nach 6 Monaten aufrechterhalten wurden. Die AutorInnen berichteten außerdem, dass CBT, verglichen mit Routinebehandlung/Warteliste, wirksam ist in Bezug auf eine Stimmungsänderung („altering mood“) und das „Katastrophisieren“ („catastrophising outcomes“) und es gäbe Evidenz, dass dieser Effekt auch nach 6 Monaten noch vorhanden sei. Verhaltenstherapie wiederum zeigte keinen Effekt auf die Stimmungslage, aber auf das „Katastrophisieren“ unmittelbar nach der Behandlung. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass kognitive Verhaltenstherapie ein nützlicher Zugang zum Management von chronischen Schmerzen darstelle. Weitere allgemeine RCTs seien nicht notwendig, es brauche aber Studien, die analysieren, welche Komponenten von CBT bei welchen PatientInnen und für welche Outcomes wirksam sind.

CR: 15 RCTs (1990-2011) mit 803 PatientInnen mit unspezifischen Brustschmerzen

kleiner bis moderater Nutzen v.a. von CBT, langfristige Wirksamkeit unklar

Kisely et al. (2012) [34] analysierten psychologische Interventionen bei PatientInnen mit unspezifischen Brustschmerzen und inkludierten insgesamt 15 RCTs (publiziert im Zeitraum 1990-2011) mit 803 StudienteilnehmerInnen. Die Ergebnisse wiesen auf einen moderaten Nutzen von psychologischen Interventionen hin, v.a. von jenen Maßnahmen, die einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Richtung zuzuordnen sind. Der Nutzen war größtenteils auf die ersten 3 Monate nach der Behandlung beschränkt. Die AutorInnen nannten Hypnotherapie als mögliche Alternative. Die Evidenz für kurze Interventionen („brief interventions“) war hingegen unklar. Weitere RCTs zu psychologischen Interventionen bei PatientInnen mit unspezifischen Brustschmerzen mit Follow-up Perioden von mindestens 12 Monaten seien notwendig.

CR: 28 RCTs (1981-2006) mit 1.951 Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen und Ängsten vor medizinischen Eingriffen mit Nadeln

erste Hinweise auf Reduzierung der Schmerzen/Ängste durch CBT-Interventionen

Der Review von Uman et al. aus dem Jahr 2006 [35] identifizierte 28 RCTs, die zwischen 1981 und 2006 veröffentlicht wurden und insgesamt 1.951 StudienteilnehmerInnen inkludierten. Den Review-AutorInnen zufolge gab es erste Hinweise, dass verschiedene kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden können, um erfolgreich Schmerzen und Ängste („pain and distress“) im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen mit Nadeln zu bewältigen oder zu reduzieren. Die Qualität einiger der inkludierten Studien sei jedoch niedriger bewertet worden, weil der Prozess der Randomisierung sowie Ausschlüsse und Drop-outs nicht beschrieben waren. Es seien weitere RCTs nötig, v.a. für jene Interventionen, für die keine Studien identifiziert wurden.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen und wiederkehrenden Schmerzen erwiesen sich psychologische Interventionen bezüglich einer Schmerzreduktion als wirksam, für andere Outcomes (z.B. Stimmungslage) war die Evidenz unzureichend. Bei Erwachsenen mit chronischen Schmerzen zeigte kognitive Verhaltenstherapie, verglichen mit der Routinebehandlung oder Warteliste, in Bezug auf einige Outcomes (Stimmungszustand, Funktionseinschränkungen, Schmerzen, „katastrophisieren“) kleine bis moderate Effekte. Auch bei PatientInnen mit unspezifischen Brustschmerzen war der Nutzen von CBT klein bis moderat. Ein weiterer Review fand erste Hinweise auf eine Reduzierung der Schmerzen und Ängste durch CBT-Interventionen bei Kindern und Jugendlichen vor medizinischen Eingriffen mit Nadeln.

Schmerzreduktion bei Kindern & Jugendlichen mit chron. Schmerzen

kleine bis moderate Effekte der CBT bei Erwachsenen mit chron. Schmerzen und bei unspezifischen Brustschmerzen

Tabelle 4.4-3: Psychologische Interventionen bei Schmerzen

Intervention	Cochrane Reviews				Handbook [5]
	Chronic and recurrent pain in children & adolescents (Eccleston et al., 2012) [32]	Chronic pain (excluding headache) in adults (Williams et al., 2012) [33]	Patients with non-specific chest pain with normal coronary anatomy (Kisely et al., 2012) [34]	Children & adolescents (2-19 years) undergoing needle-related medical procedures (Uman et al., 2006) [35]	Non-pharmaceutical interventions for chronic pain (Vol. 2)
Cognitive behavioural therapy			x	x	x
Cognitive interventions				x ³⁰	
Behavioural interventions				x ³¹	
“Psychological intervention”	x	x			
Biofeedback					x
Relaxation therapy			x		x
Hyperventilation control			x		
Hypnotherapy			x		
non-directive counselling/ supportive therapy/ other “talking therapies”			x		
Exercise					x

³⁰ Als kognitive Interventionen werden genannt: „cognitive distraction, imagery, hypnosis, preparation/education/information, thought-stopping, suggestion, coping self-statements, memory change, parent training“

³¹ Als Verhaltensinterventionen werden angeführt: “behavioural distraction, Progressive Muscle Relaxation Training, breathing exercises, modelling, rehearsal, desensitization, positive reinforcement, parent training, parent coaching, medical staff coaching, virtual reality.”

Chronische Krankheit

Indikationen

chronische Krankheit:
1 CR untersuchte
psychologische
Interventionen für
Eltern mit chronisch
kranken Kindern

Es wurde ein Cochrane Review identifiziert, der sich mit **chronischer Krankheit** befasste: Eccleston et al. [36] inkludierten in ihrem 2012 publizierten Review mit dem Titel „Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness“ jene Primärstudien, die psychologische Interventionen für Eltern mit chronisch kranken Kindern untersuchten. Die Krankheiten der Kinder umfassten u.a. Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, wiederkehrende Abdominalschmerzen, Rückenschmerzen), rheumatologische Erkrankungen (z.B. Arthritis), Krebs, Diabetes mellitus, Asthma und Hauterkrankungen und mussten zumindest 3 Monate andauern.

Interventionen

jede Form der
psychotherapeutischen
Behandlung zur
Veränderung von
Wahrnehmung/
Verhalten der Eltern

Psychologische Interventionen wurden definiert als jede Form der psychotherapeutischen Behandlung, die speziell entwickelt wurde, um die Wahrnehmung und/oder das Verhalten („cognition or behaviour“) der Eltern zu verändern, und mit dem Ziel einer Outcome-Verbesserung für die Eltern oder die Kinder erbracht wurden.

Evidenzlage

CR: 35 RCTs (1979-2012)
mit 2.723
TeilnehmerInnen
gute Evidenz für die
Wirksamkeit
psychologischer
Therapien bezüglich
einer Schmerzreduktion
sowie einer
Verbesserung der
primären Symptome
Problemlösetraining
verbesserte u.a.
psychische Gesundheit
der Eltern
keine langfristigen
Ergebnisse

In den Review von Eccleston et al. [36], der sich mit psychologischen Interventionen für Eltern von chronisch kranken Kindern befasste, wurden 35 RCTs, die im Zeitraum 1979-2012 publiziert wurden, mit insgesamt 2.723 StudienteilnehmerInnen inkludiert. Es gäbe – für einen Großteil der häufigen chronischen Krankheiten – bezüglich der meisten Funktionalitäts-Outcomeparameter keine Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Therapien, welche die Eltern inkludierten. Gute Evidenz fanden die Review-AutorInnen für die Wirksamkeit psychologischer Therapien mit Einbeziehung der Eltern, die auf die Schmerzreduktion bei Kindern mit schmerzhaften Erkrankungen abzielen. Es sei zudem gute Evidenz für die Wirksamkeit von CBT (unter Einbeziehung der Eltern) bezüglich einer Verbesserung der primären Symptome vorhanden. Schließlich kamen die AutorInnen zu dem Schluss, dass es auch für die Wirksamkeit von Problemlösetraining („problem solving therapy“) gute Evidenz hinsichtlich einer Verbesserung der elterlichen Problemlösefähigkeiten und der psychischen Gesundheit der Eltern gäbe. Alle Effekte zeigten sich unmittelbar nach der Behandlung, es gab keine signifikanten Ergebnisse beim Follow-up.

Bösartige Neubildungen/ Krebserkrankungen (Coo-C97)

Indikationen

Krebserkrankungen:
1 CR zu psychologischen
Maßnahmen bei Frauen
mit metastasiertem
Brustkrebs

Bezüglich psychischer Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei Krebserkrankungen wurde ein Cochrane Review von Edwards et al. aus dem Jahr 2008 [37] mit dem Titel „Psychological interventions for women with metastatic breast cancer“ identifiziert. Dieser befasste sich mit psychologischen Maßnahmen bei Frauen mit **metastasiertem Brustkrebs**.

Interventionen

kognitives Verhaltens-
training, individuelle
Psychotherapie,
Schulungen

Die Einschlusskriterien in Bezug auf die Intervention umfassten kognitives Verhaltenstraining („cognitive behavioural training“), individuelle Psychotherapie, Schulungen und Gruppeninterventionen.

Evidenzlage

In den Review zu psychologischen Interventionen bei Brustkrebs-Patientinnen [37] wurden 5 relevante Studien, die zwischen 1989 und 2001 veröffentlicht wurden, mit insgesamt 511 Frauen eingeschlossen. Den Review-AutorInnen zufolge gäbe es unzureichende Evidenz, um zu befürworten, dass allen Frauen mit metastasiertem Brustkrebs eine psychologische Therapie (entweder kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder „supportive-expressive“) im Gruppensetting ermöglicht werden sollte. Jeglicher Nutzen der Interventionen zeigte sich nur für manche der psychologischen Outcomes und lediglich kurzfristig. Ein möglicher Schaden der Interventionen konnte durch die vorhandenen Daten nicht ausgeschlossen werden.

CR: 5 Studien (1989-2001) mit 511 Frauen

unzureichende Evidenz bez. psychologischer Gruppentherapie für Brustkrebs-Patientinnen

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)

Indikationen

Es wurden 2 Cochrane Reviews zu psychologischen Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit **Thalassämie** [39] und **Sichelzellenanämie** [38] durch die systematische Suche identifiziert.

je 1 CR zu Thalassämie und zu Sichelzellenanämie

Interventionen

Die beiden Reviews inkludierten Primärstudien, welche eine der folgenden Interventionen untersuchten: Schulung, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie (inklusive z.B. Entspannungstherapie, Biofeedback) und psychodynamische Psychotherapie.

Schulung, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie

Evidenzlage

Der Review von Anie & Massaglia aus dem Jahr 2001 [39], der sich mit psychologischen Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit Thalassämie befasste, identifizierte keine Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten. Die AutorInnen wiesen darauf hin, dass psychologische Unterstützung bei der Bewältigung dieser Erkrankung angemessen erscheint, da es sich um eine chronische Krankheit mit einer beträchtlichen Selbstmanagement-Aufgabe handelt; aus den derzeit vorhandenen Informationen könnten jedoch keine Schlussfolgerungen bezüglich des Einsatzes spezifischer psychologischer Behandlung bei Thalassämie abgeleitet werden. Gut geplante, adäquat gepowerte, multizentrische RCTs seien notwendig.

CR zu Thalassämie: keine Studien eingeschlossen

Der zweite Cochrane Review, der diesem Indikationsbereich zugeordnet wurde, analysierte psychologische Behandlung bei Kindern und Erwachsenen mit Sichelzellenanämie und wurde 2012 publiziert [38]. Es wurden 6 Studien des Zeitraums 1991-2001 eingeschlossen, wovon 4 Studien mit 223 PatientInnen Daten für die Metaanalyse bereitstellten. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass die Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Sichelzellenanämie derzeit limitiert sei. Es wurde auch für diese Indikation die Notwendigkeit weiterer gut geplanter, adäquat gepowerteter, multizentrischer RCTs festgestellt.

CR: 6 Studien (1991-2001), davon 4 mit 223 PatientInnen in der Metaanalyse

limitierte Evidenz bez. psychologischer Therapie bei Sichelzellenanämie

limitierte Evidenz bei Sichelzellenanämie, keine relevanten Studien bei Thalassämie

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Hinsichtlich psychologischer Maßnahmen bei PatientInnen mit Thalassämie konnten aufgrund des Mangels an relevanten Studien keine Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Es gab limitierte Evidenz bezüglich psychologischer Interventionen bei Personen mit Sichelzellenanämie.

Tabelle 4.4-4: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50-D90)

Intervention	Cochrane Reviews	
	Children & adults with beta thalassaemia (Anie & Massaglia, 2001) [39]	Children & adults with sickle cell disease (Anie & Green, 2012) [38]
Patient education	x	x
Cognitive therapy ³²	x	x
Behavioural therapy ³³	x	x
Psychodynamic psychotherapy ³⁴	x	x

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)

Indikationen

1 CR zu Kindern und Erwachsenen mit zystischer Fibrose

Ein Cochrane Review von Glasscoe & Quittner aus dem Jahr 2008 [40] beschäftigte sich mit psychologischen Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit **Zystischer Fibrose**, die mit keiner psychologischer Therapie oder anderen psychologischen Behandlungsmethoden verglichen wurden.

1 CR zu Erwachsenen mit Übergewicht oder Adipositas

Ein weiterer Review, welcher der ICD-10 Kategorie „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ zugeordnet wurde, ist jener von Shaw et al. (2005) [41], der die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Erwachsenen mit **Übergewicht oder Adipositas** analysierte.

Interventionen

Einteilung der Interventionen in 5 Kategorien

Im Review zur psychologischen Behandlung bei Zystischer Fibrose wurden relevante Interventionen je nach therapeutischer Richtung in 5 Kategorien eingeteilt, diese lauteten: „insight-orientated“ (psychodynamische Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting), systemische Therapie (Familien- oder Paartherapie), kognitive Therapie (kognitive Verhaltenstherapie oder kognitiv-analytische Therapie), Verhaltenstherapie („behavioural contracting“; Biofeedback, Hypnose und Entspannung; kreative und physikalische Therapie) und Schulungen.

³² „Cognitive therapy: focus on ways of thinking, i.e. automatic thoughts or self-statements and negative thoughts; monitoring thoughts and feelings; challenging and reframing inappropriate thoughts; attention diversion and distraction; imagery and hypnosis.“

³³ „Behavioural therapy: activity monitoring and re-scheduling; stress monitoring and reduction; relaxation therapy and biofeedback; communication skills training including assertiveness training; goal setting; enhancing motivation; problem solving.“

³⁴ „Psychodynamic psychotherapy: focus on childhood development and early life experiences; insight into previous traumatic events.“

In dem Cochrane Review, der sich mit psychologischer Behandlung bei Übergewicht/Adipositas befasste, wurde in den Einschlusskriterien nicht spezifiziert, welche Interventionen als relevant angesehen wurden. Es sollten „all types of psychological interventions“ berücksichtigt werden, und zwar sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting. Studien, die eine psychologische Intervention mit einer medikamentösen Therapie kombinierten, wurden nicht eingeschlossen.

Die für beide Indikationsbereiche genannten Interventionen sind in Tabelle 4.4-5 nachzulesen.

Evidenzlage

Der Cochrane Review zu psychologischen Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit zystischer Fibrose [40], der 2008 veröffentlicht wurde, inkludierte 13 RCTs mit insgesamt 529 StudienteilnehmerInnen, die zwischen 1994 und 2006 publiziert wurden. Die AutorInnen stellten fest, dass es derzeit keine eindeutige Evidenz bezüglich der besten psychologischen Intervention gäbe, welche Personen mit zystischer Fibrose und deren Familien bzw. BetreuerInnen bei der Bewältigung der Krankheit helfen könnte. Interventionsstudien zur Verbesserung der Adhärenz, der Einhaltung der Therapieziele, seien notwendig. Die Review-AutorInnen sprachen sich zudem für multizentrische Studien (mit entsprechender Finanzierung) aus, wodurch sich die Stichprobengröße der Studien vergrößern und die Power und Präzision der Ergebnisse verbessern würden.

Shaw et al. untersuchten in ihrem 2005 publizierten Cochrane Review psychologische Interventionen bei Erwachsenen mit Übergewicht oder Adipositas [41]. 36 Studien, die im Zeitraum 1973-2001 veröffentlicht wurden, mit insgesamt 3.495 TeilnehmerInnen wurden inkludiert. Es zeigte sich, dass Personen mit Übergewicht oder Adipositas von psychologischen Interventionen im Sinne einer Unterstützung der Gewichtsreduktion profitierten, insbesondere von Verhaltens- und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien. Diese waren vorwiegend dann von Nutzen, wenn sie mit Ernährungs- und Bewegungsstrategien kombiniert wurden. Die vorliegenden Forschungsergebnisse unterstützten den Einsatz von Verhaltens- und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen; andere psychologische Interventionen seien weniger sorgfältig auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Bezüglich psychologischer Maßnahmen bei zystischer Fibrose war die Evidenz nicht eindeutig, weitere Studien seien notwendig. Bei Erwachsenen mit Übergewicht/Adipositas erwiesen sich psychologische Interventionen als Unterstützung bei der Gewichtsreduktion als wirksam, vor allem Verhaltens- und kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden bzw. in der Kombination mit Ernährungs- und Bewegungsinterventionen.

**zweiter Review
inkludierte „all types of
psychological
interventions“**

**CR: 13 RCTs (1994-2006)
mit 529 Kindern und
Erwachsenen mit
zystischer Fibrose**

**keine eindeutige
Evidenz bezüglich der
besten psychologischen
Intervention**

**Studien zur
Verbesserung der
Adhärenz notwendig**

**CR: 36 Studien (1973-
2001) mit 3.495
Erwachsenen mit
Übergewicht/Adipositas**

**psychologische
Interventionen wirksam
als Unterstützung der
Gewichtsreduktion, v.a.
Verhaltenstherapie und
CBT bzw. kombiniert
mit Ernährung/
Bewegung**

**keine eindeutige
Evidenz bei zyst. Fibrose**

**psychologische
Interventionen wirksam
bei Übergewicht/
Adipositas**

Tabelle 4.4-5: Psychologische Interventionen bei Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)

Intervention	Cochrane Reviews	
	Children & adults with cystic fibrosis and their families/carers (Glasscoe & Quittner, 2008) [40] ³⁵	Adults with overweight or obesity (Shaw et al., 2005) [41]
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	
Cognitive analytic therapy	x	
Behavioural contracting	x	
Psychodynamic psychotherapy	x (individual or group)	
Family therapy	x	
Couples therapy	x	
Biofeedback	x	
Relaxation (therapy)	x	
Hypnosis/ hypnotherapy	x	
Creative and physical therapies	x	
Psycho-education	x	
"All types of psychological intervention"		x

Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

Indikationen

1 CR zu Multipler Sklerose

1 CR zu Epilepsie

Bezüglich psychischer Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei Krankheiten des Nervensystems wurden 2 Cochrane Reviews identifiziert. Jener von Thomas et al. aus dem Jahr 2006 [42] untersuchte psychologische Interventionen bei PatientInnen mit **Multipler Sklerose** (MS). Der zweite Review [43] befasste sich mit psychologischen Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit **Epilepsie**.

Interventionen

Entspannungstherapie, Beratung

In beiden Cochrane Reviews wurden die Entspannungstherapie („relaxation therapy“) sowie die Beratung („counselling“) als psychologische Interventionen angeführt.

Alle genannten Interventionen sind in Tabelle 4.4-6 aufgelistet.

Evidenzlage

CR: 16 RCTs (1984-2004) mit 1.006 PatientInnen

keine eindeutigen Schlussfolgerungen ableitbar

angemessene Evidenz für Wirksamkeit von CBT in der Krankheitsbewältigung

Der Cochrane Review von Thomas et al. [42], der sich mit psychologischen Interventionen bei PatientInnen mit Multipler Sklerose befasste, inkludierte 16 Studien mit insgesamt 1.006 PatientInnen, die im Zeitraum von 1984 bis 2004 veröffentlicht wurden. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass die Diversität der identifizierten psychologischen Interventionen auf die vielen verschiedenen Möglichkeiten hinweist, wie Menschen mit MS potenziell unterstützt werden können. Es konnten keine eindeutigen Schlussfolgerungen von den Ergebnissen des Reviews abgeleitet werden. Es gäbe jedoch angemessene Evidenz dafür, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze hinsichtlich der Krankheitsbewältigung und der Behandlung von Depressionen bei Personen mit Multipler Sklerose nützlich sind.

³⁵ “Any psychological intervention delivered by a trained practitioner certified to deliver the intervention or delivered in consultation with or with supervision from a trained practitioner in one of the following therapeutic approaches: insight-orientated, systemic, cognitive, behavioural, educational.”

Ramaratnam et al. [43] identifizierten für ihren 2008 erstmals publizierten Cochrane Review (Update 2011) 19 relevante Studien mit mehr als 1.300 PatientInnen, die zwischen 1983 und 2009 veröffentlicht wurden. In Anbetracht der methodologischen Mängel und der limitierten Anzahl an PatientInnen fanden die AutorInnen keine zuverlässige Evidenz, welche den Einsatz psychologischer Behandlung unterstütze, und forderten weitere Studien.

CR: 19 Studien (1983-2009) mit mehr als 1.300 PatientInnen
methodologische Mängel, limitierte Anzahl an PatientInnen

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen schienen für die Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose nützlich zu sein. Hinsichtlich der Indikation Epilepsie konnte auf Basis der unzureichenden Evidenzlage kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden.

CBT wirksam bei MS
unzureichende Evidenz bei Epilepsie

Tabelle 4.4-6: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

Intervention	Cochrane Reviews	
	People with multiple sclerosis (Thomas et al., 2006) [42] ³⁶	Children & adults with epilepsy (Ramaratnam et al., 2008) [43]
Cognitive behavioural therapy (CBT)		x
(Patient) Education	x	
Cognitive therapy	x	
Behavioural therapy	x ³⁷	
Family therapy	x	
Biofeedback		x
Relaxation (therapy)	x	x
Stress management	x	
Hypnosis/ hypnotherapy		x
Psychoanalytic therapy	x	
Counselling	x	x
Cognitive rehabilitation	x	
Suggestion		x
Conditioning		x
Systematic desensitization		x
Behavioural countermeasures at seizure onset		x
Physical therapies, massage, aromatherapy, music or dance therapy		x

³⁶ "Interventions could have been delivered by psychologists, counsellors, medical staff, nurses, occupational therapists or other health professionals."

³⁷ "including stress management and relaxation"

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

Indikationen

1 CR zu koronarer Herzkrankheit (KHK)

Der Review von Whalley et al. [44] beschäftigte sich mit der Wirksamkeit psychologischer Behandlung bei PatientInnen mit **Koronarer Herzkrankheit**.

Interventionen

Leistungserbringung durch Personen mit spezifischer Ausbildung in psychologischen Techniken

Es wurden alle psychologischen Interventionen berücksichtigt, die von im Gesundheitswesen Beschäftigten mit spezifischer Ausbildung in psychologischen Techniken erbracht wurden („all psychological interventions delivered by health care workers with specific training in psychological techniques“).

Evidenzlage

CR: 24 RCTs (1974-2008) mit 9.296 PatientInnen

psychologische Interventionen bei PatientInnen mit KHK wirksam

Der Cochrane Review [44] identifizierte für das Update im Jahr 2011 insgesamt 24 relevante RCTs, die im Zeitraum 1974-2008 publiziert wurden und 9.296 StudienteilnehmerInnen umfassten. Die Schlussfolgerung des Reviews lautete, dass psychologische Interventionen für die Behandlung psychologischer Symptome bei PatientInnen mit Koronarer Herzkrankheit wirksam erscheinen. Unsicherheit bestand weiterhin bezüglich der Subgruppen der PatientInnen, die am meisten von einer Behandlung profitieren würden sowie bezüglich der Charakteristika von erfolgreichen Interventionen.

Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

Indikationen

2 CR zu Asthma (Erwachsene und Kinder)

In Bezug auf Krankheiten des Atmungssystems wurden 2 Cochrane Reviews durch die systematische Suche identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllten. Beide untersuchten psychologische Interventionen bei **Asthma**, zum einen bei Erwachsenen [46], zum anderen bei Kindern (unter 18 Jahren) [45].

Interventionen

CBT, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, Biofeedback, Entspannungstherapie, Beratung

Die in den Reviews angeführten Interventionen sind in Tabelle 4.4-7 aufgelistet. Die genannten Interventionen überschneiden sich größtenteils (die beiden Cochrane Reviews wurden vom selben AutorInnenteam durchgeführt). Kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, Verhaltenstherapie, Biofeedback, Entspannungstherapie (z.B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Hypnose), und Beratung wurden in beiden Reviews angegeben. Psychodynamische Psychotherapie wurde nur in jenem Review, der sich mit psychologischen Interventionen bei Kindern mit Asthma befasste, explizit erwähnt.

Evidenzlage

CR: 15 RCTs (1977-2005) mit 687 Erwachsenen mit Asthma

keine adäquate Evidenzbasis vorhanden

Der Review von Yorke et al. aus dem Jahr 2006 [46], der psychologische Interventionen bei Erwachsenen mit Asthma analysierte, inkludierte 15 Studien mit 687 PatientInnen. Die RCTs wurden im Zeitraum 1977-2005 veröffentlicht. Die AutorInnen berichteten, dass keine eindeutigen Schlussfolgerungen bezüglich psychologischer Behandlung bei Asthma gezogen werden können, da eine adäquate Evidenzbasis fehle. Größere, gut durchgeführte randomisierte kontrollierte Studien würden benötigt.

In den zweiten Review von Yorke et al. [45], der psychologische Interventionen bei Kindern mit Asthma analysierte, wurden 12 Studien, die zwischen 1972 und 2004 publiziert wurden, mit insgesamt 588 PatientInnen eingeschlossen. Auch hier lautete das Fazit der AutorInnen, dass keine eindeutigen Schlüsse gezogen werden können. Der Review zeigte, dass eine adäquate Evidenzbasis fehle und daher weitere gut durchgeführte RCTs benötigt werden.

CR: 12 RCTs (1972-2004) mit 588 Kindern mit Asthma

ebenfalls keine adäquate Evidenzbasis

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Weder bei Kindern noch bei Erwachsenen mit Asthma konnten bezüglich der Wirksamkeit von psychologischen Interventionen eindeutige Schlussfolgerungen abgeleitet werden, da keine adäquate Evidenzbasis vorhanden sei.

keine adäquate Evidenzbasis bez. psychologischer Interventionen bei Asthma

Tabelle 4.4-7: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Atmungssystems (700-799)

Intervention	Cochrane Reviews	
	Adults (>16 years) with asthma (Yorke et al., 2006) [46]	Children (<18 years) with asthma (Yorke et al., 2005) [45]
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	x
Cognitive therapy	x	x
Behavioural therapy	x	x
Psychodynamic psychotherapy ³⁸		x
Relaxation therapy/ techniques ³⁹	x	x
Biofeedback (therapy)	x	x
Progressive relaxation	x	x
Autogenic training	x	x
Hypnosis/ hypnotherapy	x	x
(Supportive) Counselling	x	x
Group therapy/ group format	x	x

Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

Indikationen

3 Cochrane Reviews wurden der ICD-10 Kategorie „Krankheiten des Verdauungssystems“ zugeordnet: Der Review von Timmer et al. [48], der 2011 publiziert wurde, inkludierte Primärstudien, die psychologische Interventionen bei PatientInnen mit **Colitis ulcerosa** und/oder **Morbus Crohn** (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, „inflammatory bowel disease“) untersuchten. Der Review von Zijdenbos et al. (2009) [47] befasste sich mit psychologischer Behandlung für PatientInnen (im Alter von 16 Jahren oder älter) mit **Reizdarmsyndrom** („irritable bowel syndrome“). Renz et al. (2008) [49] untersuchten die Auswirkungen psychologischer Interventionen, die das Ziel hatten, die Adhärenz von Erwachsenen mit **Parodontalerkrankungen** in Bezug auf die Mundhygiene zu verbessern.

1 CR zu „inflammatory bowel disease“ (IBD)

1 CR zu Reizdarmsyndrom

1 CR zu Mundhygiene bei Parodontalerkrankungen

³⁸ „including psychoanalysis, psychosomatic therapy, hypnosis“

³⁹ Als Beispiele wurden folgende ebenfalls in der Tabelle angeführten Interventionen genannt: „progressive relaxation, autogenic training, hypnosis, biofeedback“.

CBT, Entspannungstechniken	Interventionen
Verwendung eines psychologischen Modells/Theorie	2 Cochrane Reviews nannten die kognitive Verhaltenstherapie sowie Entspannungstechniken als mögliche psychologische Behandlung in den Einschlusskriterien.
	Der Review zum Thema Mundhygiene definierte keine spezifischen Interventionen, die eingeschlossen werden sollten, gab jedoch an, dass relevante Interventionen anhand eines psychologischen Modells oder einer psychologischen Theorie (z.B. „Health Belief Model“ oder „Self Efficacy Model“) konzipiert sein mussten.
	Die genannten Interventionen sind in Tabelle 4.4-8 angeführt.
CR: 21 Studien (1986-2009) mit 1.745 PatientInnen mit IBD keine Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Erwachsenen mit IBD, limitierte Evidenz bei Jugendlichen	Evidenzlage
	Timmer et al. [48] inkludierten 21 Studien (des Zeitraums 1986-2009) mit insgesamt 1.745 PatientInnen in den 2011 publizierten Cochrane Review, der psychologische Interventionen bei Kindern und Erwachsenen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen („inflammatory bowel disease“, IBD) untersuchte. Die AutorInnen des Reviews stellten fest, dass es keine Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Erwachsenen mit IBD gäbe. Bei Jugendlichen könnten psychologische Interventionen einen Nutzen bringen, die Evidenz sei aber limitiert. Weitere Studien wären notwendig, um die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethoden in identifizierten Subgruppen, die eine psychologische Behandlung brauchen würden, zu bewerten und um jene Interventionen zu identifizieren, die am nützlichsten seien.
CR: 25 RCTs (1983-2007) mit rund 1.800 PatientInnen leichte Überlegenheit der psychologischen Interventionen verglichen mit Routinebehandlung/Warteliste weitere Studien, v.a. bezüglich langfristiger Auswirkungen, nötig	Der Review von Zijdenbos et al. aus dem Jahr 2009 [47] untersuchte die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei PatientInnen mit Reizdarmsyndrom („irritable bowel syndrome“). Es wurden 25 Studien identifiziert, die die Einschlusskriterien erfüllten. Diese wurden zwischen 1983 und 2007 publiziert und umfassten insgesamt rund 1.800 PatientInnen. Den Schlussfolgerungen der AutorInnen zufolge zeigten die Ergebnisse des Reviews, dass psychologische Interventionen am Ende der Behandlung der Routinetherapie oder der Warteliste-Kontrollgruppe leicht überlegen sein könnten, wobei die klinische Signifikanz fraglich gewesen sei. Außer in einer Studie war die psychologische Therapie der Placebo-Behandlung nicht überlegen. Limitationen der Metaanalyse umfassten Aspekte der Validität, Heterogenität, kleine Stichproben und die Definition der Outcomes. Weitere Studien sollten unter anderem auf die langfristigen Auswirkungen der Behandlung fokussieren.
CR: 4 RCTs (1991-1997) mit 344 PatientInnen erste Hinweise, dass psychologische Ansätze individuelles Verhalten bez. Mundhygiene verbessern können	In den Cochrane Review von Renz et al. (2008) [49] wurden 4 RCTs, die zwischen 1991 und 1997 publiziert wurden, mit insgesamt 344 StudienteilnehmerInnen eingeschlossen. Es gäbe laut AutorInnen erste Hinweise von Studien geringer Qualität, dass psychologische Ansätze das individuelle Verhalten in Bezug auf die Mundhygiene verbessern könnten. Die Qualität der inkludierten Studien war jedoch gering, und die AutorInnen bemängelten das Design der eingesetzten Interventionen.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Bezüglich der Indikation chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (IBD) gab es keine Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Erwachsenen und limitierte Evidenz bei Jugendlichen. Psychologische Interventionen waren der Routinebehandlung/Warteliste bei PatientInnen mit Reizdarmsyndrom leicht überlegen, nicht aber der Placebo-Kontrolle; langfristige Auswirkungen seien unbekannt. Psychologische Ansätze könnten das individuelle Verhalten in Bezug auf die Mundhygiene bei Erwachsenen mit Parodontalerkrankungen verbessern.

keine/ limitierte Evidenz bez. IBD und Reizdarmsyndrom
Verbesserung des Mundhygiene-Verhaltens bei Parodontalerkrankungen

Tabelle 4.4-8: Psychologische Interventionen bei Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

Intervention	Cochrane Reviews		
	Patients of any age with ulcerative colitis or Crohn's disease (Timmer et al., 2011) [48]	Patients aged 16 years and over with irritable bowel syndrome (Zijdenbos et al., 2009) [47]	Adults with periodontal disease (Renz et al., 2008) [49]
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	x	
Patient Education	x		
Psychodynamic (psycho)therapy	x		
Relaxation techniques/ therapy	x	x	
Stress management		x	
Systemic therapy	x		
Brief therapy	x		
Supportive therapy	x		
Interpersonal psychotherapy		x	
Use of a psychological model or theory as a framework for designing the intervention ⁴⁰			x

Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)

Indikationen

Bezüglich der ICD-10 Kategorie „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ wurde ein Cochrane Review identifiziert, der die Einschlusskriterien erfüllte. Es handelt sich um den Review von Ersser et al. aus dem Jahr 2007 [50], der die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen und Schulungsmaßnahmen bei Kindern mit **atopischen Ekzemen** analysierte.

1 CR zu atopischen Ekzemen bei Kindern

⁴⁰ Relevante Studien untersuchten Interventionen, die mit dem Ziel einer Verbesserung der Adhärenz in Bezug auf die Mundhygiene entwickelt wurden. Für die Konzeption der Intervention musste explizit ein psychologisches Modell oder eine psychologische Theorie angewandt werden, wobei u.a. folgende Modelle und Theorien genannt wurden: "Health Belief Model", "Theory of Reasoned Action", "Theory of Planned Behaviour", "Self Efficacy Model", "Transtheoretical Model (Stages of Change)" etc.

Entspannung, kognitive
und Verhaltens-
interventionen,
kombinierte
Interventionen,
psychodynamische
Therapie

Interventionen

Die relevanten psychologischen Interventionen wurden in folgende Kategorien eingeteilt: Entspannungstherapien („autonomic body interventions“, z.B. Progressive Entspannung, Autogenes Training, Biofeedback, ...), Verhaltensinterventionen (z.B. „behavioural management therapy“), kognitive Interventionen (z.B. CBT, kognitiv-analytische Therapie), kombinierte Interventionen (z.B. Beratung/ Gesprächstherapie, Hypnotherapie, Familientherapie), psychodynamische Therapie (im Einzel- oder Gruppensetting).

Evidenzlage

CR: 5 RCTs (1993-2006)
mit 1.346 Eltern von
Kindern mit atopischen
Ekzemen

Mangel an methodisch
guten Studien

limitierte Evidenz

Ersser et al. [50] identifizierten 5 relevante RCTs, die zwischen 1993 und 2006 veröffentlicht wurden, und insgesamt 1.346 StudienteilnehmerInnen (Eltern von Kindern mit atopischen Ekzemen) inkludierten. Aufgrund des Fehlens sorgfältig geplanter Studien (mit der Ausnahme einer rezenten Studie aus Deutschland), gäbe es den AutorInnen zufolge lediglich limitierte Evidenz bezüglich der Wirksamkeit psychologischer und Schulungsmaßnahmen zur Unterstützung des Krankheitsmanagements. Es wurden verschiedene Modelle der Leistungserbringung identifiziert, diesbezüglich sind jedoch weitere Evaluationen notwendig, um deren Kosteneffektivität und deren Eignung in verschiedenen Gesundheitssystemen beurteilen zu können.

4.5 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Informationsquellen

Tabelle 4.5-1: Informationsquellen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	
Cochrane Reviews:	Psychological interventions for antisocial personality disorder (Gibbon et al., 2010) [51]
	Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Stoffers et al., 2012) [52]
	Psychological therapies for pathological and problem gambling (Cowlshaw et al., 2012) [53]
	Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (Dennis et al., 2012) [54]
HTA:	Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder (Brazier et al., 2006) [55]
Lehrbuch-Kapitel:	Borderline personality disorder (Volume 2)
	Other personality disorders (Volume 2)
	Pathological gambling (Volume 2)
	Sexual offending (Volume 2)
	Paraphilias (Volume 2)

4.5.1 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)

Indikationen

Ein Cochrane Review und ein HTA-Bericht beziehen sich auf die Indikation Borderline (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F60.3). Der Cochrane Review aus dem Jahr 2012 [52] untersuchte psychologische Interventionen bei Erwachsenen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Der HTA-Bericht [55], der 2006 publiziert wurde, hatte das Ziel, die vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychologischen Therapien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen zusammenzufassen. Auch das Lehrbuch [5] führt einige psychologische Interventionen bei Borderline sowie bei „anderen Persönlichkeitsstörungen“ an.

Ein weiterer Cochrane Review [51] wurde bezüglich der Indikation dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) identifiziert. Dieser, im Jahr 2010 publizierte Review, untersuchte psychologische Interventionen bei PatientInnen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung („antisocial personality disorder“).

Interventionen

2 Cochrane Reviews und die beiden „Handbook“-Kapitel nannten CBT als psychologische Intervention. Ein Cochrane Review, der HTA-Bericht und das Lehrbuch gaben die dialektisch-behaviorale Therapie an. Die beiden Cochrane Reviews und ein „Handbook“-Kapitel führten die psychodynamische Psychotherapie an. Je zweimal wurden die schemafokussierte Therapie („Schema-focused therapy“) und die mentalisierungsgestützte Therapie („Mentalization-based treatment“) genannt. Alle in den Informationsquellen angeführten Interventionen sind in aufgelistet. Der Cochrane Review zu Borderline [52] teilte die eingeschlossenen Interventionen 2 Gruppen zu: „comprehensive psychotherapy“ beinhaltete individuelle Psychotherapie als wesentlichen Bestandteil, mit oder ohne zusätzliche Gruppentherapie, und dauerte mindestens 3 Monate. Bei der „Non-comprehensive psychotherapy“ war individuelle Psychotherapie nicht wesentliche Komponente der Behandlung.

Evidenzlage

Der Review von Stoffers et al. aus dem Jahr 2012 [52] zur Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Borderline inkludierte 28 Studien, die im Zeitraum 1991-2010 publiziert wurden und insgesamt 1.804 PatientInnen umfassten. Den Schlussfolgerungen der AutorInnen zufolge gab es Hinweise darauf, dass sowohl „comprehensive“ als auch „non-comprehensive“ Interventionen positive Effekte auf die Borderline-Pathologie sowie auf die assoziierte allgemeine Psychopathologie hatten. Die dialektisch-behaviorale Therapie („dialectical behaviour therapy“) wurde am häufigsten untersucht, gefolgt von der Mentalisierungsgestützten Therapie („Mentalization-based treatment“), Übertragungsfokussierte Therapie („Transference-focused therapy“), Schemafokussierte Therapie („Schema-focused therapy“) und STEPPS („systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder“). Keiner dieser Behandlungsmethoden liege jedoch eine robuste Evidenzbasis zugrunde, und es gäbe zudem Bedenken bezüglich der Qualität einzelner Studien. Zusammenfassend berichteten die AutorInnen, dass die Ergebnisse Psychotherapie als wesentlichen Bestandteil der Behandlung von Personen mit Borderline unterstützten, jedoch weitere Studien benötigt würden.

Borderline:
1 CR, 1 HTA

„Handbook“: Kapitel zu Borderline und anderen Persönlichkeitsstörungen

dissoziale Persönlichkeitsstörung:
1 CR

CBT, dialektisch-behaviorale Therapie, psychodynamische Therapie

CR: 28 Studien (1991-2010) mit 1.804 PatientInnen

keine robuste Evidenzbasis, Ergebnisse unterstützten Psychotherapie als Bestandteil der Borderline-Behandlung, jedoch weitere Studien notwendig

HTA: 10 Studien (1991-2003) mit rund 780 Borderline-PatientInnen
Hinweise auf Wirksamkeit

Der HTA-Bericht, der ebenfalls psychologische Therapien bei Borderline untersuchte, wurde 2006 publiziert und inkludierte 10 Studien, die zwischen 1991 und 2003 veröffentlicht wurden und insgesamt rund 780 PatientInnen umfassten. Die BerichtsautorInnen kamen zu dem Schluss, dass insgesamt die Wirksamkeit der psychologischen Behandlung vielversprechend sei, zum derzeitigen Zeitpunkt sei die vorhandene Evidenz jedoch nicht beweiskräftig.

CR: 11 RCTs (1985-2009) mit 471 PatientInnen
unzureichende Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Erwachsenen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung
Forschungsbedarf

Der zweite Cochrane Review befasste sich mit psychologischen Interventionen bei Erwachsenen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Gibbon et al. (2010) [51] inkludierten 11 RCTs des Zeitraums 1985-2009 mit insgesamt 471 StudienteilnehmerInnen. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass die vorhandene Evidenz unzureichend sei, um den Einsatz psychologischer Interventionen bei Erwachsenen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung zu rechtfertigen. Nur wenige der eingeschlossenen Studien hätten die im Review definierten primären Outcomes adressiert (z.B. Aggression, soziales Verhalten, negative Auswirkungen). 3 Interventionen (Kontingenzmanagement verglichen mit Routinebetreuung, CBT versus Routinebetreuung, „Driving Whilst Intoxicated“ Programm verglichen mit Inhaftierung) schienen im Vergleich zur Kontrollintervention wirksam zu sein. Diese 3 Interventionen wurden ursprünglich für Personen mit Substanzmissbrauch entwickelt. Signifikante Verbesserungen waren großteils auf Outcomes im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch beschränkt; keine Studie berichtete von einer signifikanten Veränderung eines spezifischen dissozialen Verhaltens. Laut AutorInnen besteht weiterer Forschungsbedarf.

Zusammenfassung der Evidenzlage:

Hinweise auf Wirksamkeit bei Borderline, unzureichende Evidenz bez. dissozialer Persönlichkeitsstörung

Die identifizierten Übersichtsarbeiten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung fanden Hinweise auf die Wirksamkeit psychologischer Interventionen, die jedoch auf keiner robusten Evidenzbasis beruhten; weitere Studien seien notwendig. Bezüglich der dissozialen Persönlichkeitsstörung wurde die Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Behandlung als unzureichend bewertet.

Tabelle 4.5-2: Psychologische Interventionen bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60)

Intervention	Cochrane Reviews		HTA	Handbook [5]	
	Adults with borderline personality disorder (Stoffers et al., 2012) ⁴¹ [52]	Antisocial personality disorder (Gibbon et al., 2010) [51]	Adults with borderline personality disorder (Brazier et al., 2006) [55]	Borderline personality disorder (Vol. 2)	Other personality disorders (Vol. 2)
Cognitive behavioural therapy (CBT)	x	x		x	x
Psychological therapies			x		
Dialectic behaviour therapy		x	x	x	x
Schema focused therapy		x		x	
Mentalization-based therapy		x		x	
Dynamic deconstructive psychotherapy				x	
Manual-assisted cognitive therapy				x	
Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)				x	
Psychodynamic (psycho)therapy	x	x			x
Systemic therapy	x				
Eclectic therapies (designed for BPD treatment)	x				
Relaxation techniques	x				
Patient education	x				
Social problem-solving therapy		x			
Behaviour therapy		x			
Cognitive analytic therapy		x			
Group psychotherapy		x			
Nidotherapy		x			
Therapeutic community treatment		x			
Psychoeducation					x
Problem-solving approaches					x
Therapies with focus on changing maladaptive schemas associated with the personality disorder					x
Contingency management plus methadone maintenance for people with antisocial personality disorder in treatment for substance misuse					x

⁴¹ „Experimental interventions comprised any well-defined, theory-driven psychotherapeutic treatment. We considered all types of psychotherapy, regardless of theoretical orientation or treatment setting.“ Die in der Tabelle angeführten Interventionen wurden als Beispiele genannt.

4.5.2 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

<p>pathologisches Spielen/ Spielsucht: 1 CR, „Handbook“-Kapitel</p>	<p>Indikationen</p> <p>Ein Review aus dem Jahr 2012 [53] analysierte die Wirksamkeit psychologischer Therapien bei pathologischem Spielen (F63.0, „Spielsucht“). Das „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ (Vol. 2) [5] beinhaltet ebenfalls ein Kapitel mit Informationen zur Indikation “pathological gambling”.</p>
<p>kognitive Verhaltenstherapie</p>	<p>Interventionen</p> <p>Beide Informationsquellen gaben an, dass bei der Indikation „Pathologisches Spielen“ die kognitive Verhaltenstherapie eine Möglichkeit zur Behandlung darstellt (siehe Tabelle 4.5-3).</p>
<p>CR: 14 Studien (1997- 2011) mit 1.245 PatientInnen</p> <p>CBT bezüglich der Reduktion des Glücksspielverhaltens wirksam, Nachhaltigkeit unklar</p> <p>Hinweise auf Wirksamkeit anderer psychologischer Interventionen, z.B. integrative Therapie</p>	<p>Evidenzlage</p> <p>Der Cochrane Review von Cowlshaw et al. [53] inkludierte 14 Studien mit insgesamt 1.245 PatientInnen, die im Zeitraum 1997-2011 publiziert wurden. Die Ergebnisse bestätigten die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie bezüglich einer Reduktion des Glücksspielverhaltens („gambling behaviour“) und anderer Symptome des pathologischen und problematischen Spielens („pathological and problem gambling“) unmittelbar nach der Behandlung. Die Nachhaltigkeit sei jedoch unklar. Die AutorInnen berichteten zudem von ersten Hinweisen auf einen Nutzen der Motivierenden Gesprächsführung („motivational interviewing therapy“) bezüglich eines reduzierten Spielverhaltens, nicht jedoch bezüglich anderer Symptome. Diese Ergebnisse beruhten jedoch auf wenigen Studien, weitere Forschung sei notwendig. Es gäbe außerdem Hinweise auf einen möglichen Benefit integrativer Therapien und anderer psychologischer Interventionen; es seien jedoch zu wenige Studien vorhanden, um diese Therapien zu evaluieren. Die Review-AutorInnen wiesen zudem darauf hin, dass der Großteil der inkludierten Studien ein Bias-Risiko aufweise und die Studien oft mehrere Limitationen hätten. Die aktuellen Daten könnten daher die Wirksamkeit der Behandlung überschätzen.</p>

Tabelle 4.5-3: Psychologische Interventionen bei Abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

Intervention	Cochrane Review	Handbook [5]
	Pathological or problem gambling (Cowlshaw et al., 2012) [53]	Pathological gambling (Vol. 2)
Cognitive behavioural therapy	x ⁴²	x
Motivational interviewing therapy	x ⁴³	
Motivational enhancement therapy	x	
Integrative therapy	x	
Behaviour therapy		x
Cognitive therapy		x
Pharmacological treatment		x
Gamblers Anonymous		x

⁴² „CBT included any intervention that was based on a cognitive or behavioural account of a condition, or a combination of the two.“

⁴³ „An adaptation of motivational interviewing is called motivational enhancement therapy (MET), which combines motivational interviewing with a standardised assessment of problematic behaviours and personal feedback on results.“

Intervention	Cochrane Review	Handbook [5]
	Pathological or problem gambling (Cowlshaw et al., 2012) [53]	Pathological gambling (Vol. 2)
Acceptance and commitment therapy		x
Pharmacological treatment		x
Gamblers Anonymous		x
Acceptance and commitment therapy		x

4.5.3 Störungen der Sexualpräferenz (F65)

Indikationen

Der Cochrane Review "Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending" aus 2012 [54] wurde durch die systematische Suche identifiziert und erfüllte ebenfalls die Einschlusskriterien. Er wurde der ICD-10 Kategorie F65 „Störungen der Sexualpräferenz“ zugeordnet⁴⁴. Der Review analysierte psychologische Interventionen bei Erwachsenen, die wegen Sexualdelikten („sexual offending“) in Haft oder in einer psychiatrischen Institution sind.

Das Lehrbuch [5] stellt in dem Kapitel „Paraphilias and sexual offending“ zum einen Informationen zu „sexual offending“ (z.B. Kindesmissbrauch, Vergewaltigung) und zum anderen zu spezifischen Paraphilien (z.B. Exhibitionismus, Pädophilie etc.) zur Verfügung.

Interventionen

Die genannten Behandlungsmethoden sind in Tabelle 4.5-4 aufgelistet. In den Einschlusskriterien des Cochrane Reviews wurden die Interventionen nicht spezifiziert, vielmehr sollten alle psychologischen Interventionen eingeschlossen werden. Das „Handbook“ nannte für beide Indikationsbereiche die kognitive Verhaltenstherapie als mögliche Behandlungsoption.

Evidenzlage

Der Review von Dennis et al. [54] identifizierte 10 relevante Studien (publiziert zwischen 1974-1997) mit den Daten von insgesamt 944 erwachsenen Männern. Die AutorInnen forderten dringend weitere randomisierte kontrollierte Studien und wiesen vor allem auf die Wichtigkeit einer Randomisierung hin. Diese werde von manchen als unethisch oder politisch inakzeptabel angesehen; diese Einschätzung basiere auf der falschen Annahme, dass die Intervention der Kontrollintervention überlegen sei, was jedoch erst bewiesen werden müsste. Ohne weitere Evidenz in diesem Bereich laufe man Gefahr, weiterhin evt. ineffektive (oder gar schädliche) Interventionen einzusetzen und die Gesellschaft in der falschen Sicherheit zu wiegen, dass durch die Behandlung das Risiko eines erneuten Sexualdelikts reduziert sei. Die derzeit verfügbare Evidenz unterstütze diese Annahme nicht. Zukünftige Studien sollten unter anderem ein Follow-up von mindestens 5 Jahren beinhalten.

1 CR zu Erwachsenen in Haft oder psychiatrischer Institution wegen Sexualdelikten

„Handbook“: Kapitel zu Paraphilien und „sexual offending“

keine Spezifizierung der Interventionen in den Einschlusskriterien

„Handbook“: z.B. CBT

CR: 10 RCTs (1974-1997) mit 944 erwachsenen Männern

weitere Studien mit längerem Follow-up dringend notwendig, Wichtigkeit der Randomisierung

⁴⁴ „Sexual offending is a legal construct that overlaps, but is not entirely congruent with, the clinical construct of disorders of sexual preference as described in the ICD-10“ [54]

Tabelle 4.5-4: Psychologische Interventionen bei Störungen der Sexualpräferenz (F65)

Intervention	Cochrane Review	Handbook [5]	
		Sexual offending (Vol. 2)	Paraphilias (Vol. 2)
	Adults who have sexually offended or are at risk of offending (Dennis et al., 2012) [54]		
Cognitive behavioural therapy (focusing on relapse prevention)		x	x
Psychodynamic therapy		x	
Group psychotherapy		x	
Multisystemic therapy		x	
Cognitive skills training program		x	
Behaviour therapy			x
Aversion therapy			x
Fixed-role therapy			x
Combined directive guidance and Behaviour modification			x
Pharmacotherapy			x
"All psychological interventions"	x		

4.6 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Informationsquelle

Tabelle 4.6-1: Informationsquellen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	
HTA-Bericht:	Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreieambulanzen (Korczak et al., 2012) [56]
Lehrbuch:	Volume 2 (Indikationen siehe unten)

Indikationen

1 HTA zu verschiedenen Interventionen bei „Schreibabys“

Durch die systematische Suche wurde ein HTA-Bericht der Deutschen Agentur für HTA des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) identifiziert, der 2012 veröffentlicht wurde. Es sollte die Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei „Schreibabys“ analysiert werden. Die AutorInnen gaben an, dass eine ICD-10-Klassifikation am ehesten unter F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ möglich sei und nannten als Beispiele für eine Klassifizierung F98.8, F92.9 und F93.9 [56].

Das „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ beinhaltet ebenfalls Informationen zu der ICD-10 Kategorie F9. Folgende Indikationen werden in Volume 2, das sich mit psychischen Störungen bei Kindern befasst, behandelt und sind der Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zuzuordnen:

- ✧ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung („Attention-deficit/hyperactivity disorder“)
- ✧ Störungen des Sozialverhaltens („Conduct, oppositional defiant, and disruptive behavioral disorders“)
- ✧ Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters („Separation anxiety disorder“)
- ✧ Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters („Reactive attachment disorder and severe attachment disturbances“)
- ✧ Ticstörungen („Tics and Tourette disorders“)
- ✧ Stottern („Stuttering“)
- ✧ Enkopresis (Einkoten)
- ✧ Enuresis (Einnässen)
- ✧ Fütterstörung im frühen Kindesalter („Paediatric feeding disorders“)
- ✧ Pica im Kindesalter
- ✧ Stereotype Bewegungsstörungen („Stereotypic behaviour disorders“)

Interventionen

Relevante Interventionen wurden in den Einschlusskriterien des HTA-Berichts nicht spezifiziert. Bei den Suchbegriffen wurde angegeben, dass z.B. nach „psychologische Intervention“, „Krisenintervention“, „Psychotherapie“ bzw. „psychological intervention“, „crisis intervention“, „psychotherapy“ gesucht wurde. In der zusammenfassenden Darstellung der Studienergebnisse berichteten die AutorInnen, dass die Interventionen jegliches Angebot der Beratung und Psychotherapie umfasste, z.B. Entwicklungsberatung, psychotherapeutische Gespräche oder Kommunikationsanleitung. Der Großteil der eingeschlossenen Studien beinhaltete zudem u.a. folgende Elemente: Beruhigungstechniken, Unterstützung der Eltern, Strukturierung des Tagesablaufs, Reizreduzierung [56].

Die aufgrund der unterschiedlichen Indikationsbereiche zahlreichen, im Handbuch genannten Einzelinterventionen sind im Anhang (Tabelle 11.2-3) gelistet.

Evidenzlage

In den HTA-Bericht [56] wurden bezüglich psychotherapeutischer Interventionen 9 Studien (davon 4 RCTs), die im Zeitraum 2001-2010 publiziert wurden, mit insgesamt rund 1.700 StudienteilnehmerInnen eingeschlossen. Die BerichtsautorInnen kamen zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit von verhaltensbezogenen therapeutischen Interventionen sowohl hinsichtlich des Schreiverhaltens der Säuglinge als auch bezüglich des Stressempfindens der Eltern durch die identifizierten Studien belegt sei. Persönliche Unterstützung durch die/den BeraterIn schien der ausschlaggebende Faktor für die Wirksamkeit einer Intervention zu sein.

„Handbook“: Kapitel zu weiteren Indikationen der ICD-10 Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“

keine Spezifizierung der Interventionen in den Einschlusskriterien des HTAs

jegliches Angebot der Beratung und Psychotherapie

HTA: 9 Studien (2001-2010) mit rund 1.700 StudienteilnehmerInnen

verhaltensbezogene therapeutische Interventionen wirksam

4.7 Weitere Indikationen

zu manchen Indikationen lediglich Informationen aus dem „Handbook“, jedoch keine entsprechenden Cochrane Reviews/ HTAs

Volume 2: psychische Störungen bei Erwachsenen

Zu einigen Indikationen stehen Informationen aus dem „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ zur Verfügung, es wurden aber keine entsprechenden Cochrane Reviews oder HTA-Berichte aus der Datenbanksuche identifiziert. Dies betrifft folgende Indikationen in Bezug auf Erwachsene (Volume 2):

- ✧ Demenz
- ✧ Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak („Tobacco-related disorders“)
- ✧ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ illegale Drogen („Illicit substance-related disorders“)
- ✧ Schizophrenie
- ✧ Somatoforme und artifizielle Störungen („Somatoform and factitious disorders“)
- ✧ Hypochondrische Störung („hypochondriasis and health-related anxiety“)
- ✧ Schlafstörungen
- ✧ Erektile Dysfunktion
- ✧ Sexuelle Dysfunktion bei Frauen
- ✧ Beziehungsprobleme

Volume 1: psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Bezüglich psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen wurden folgende Indikationen identifiziert, zu denen nur im Lehrbuch (Volume 1) Informationen bereit gestellt wurden, jedoch keine Cochrane Reviews und/oder HTA-Berichte inkludiert werden konnten:

- ✧ Rauchen bei Kindern und Jugendlichen
- ✧ Schlafstörungen bei Kindern
- ✧ Lernbehinderungen/ Lernschwächen
- ✧ Autismus-Spektrum-Störungen
- ✧ Intelligenzstörungen („intellectual disabilities“)
- ✧ Selbstverletzendes Verhalten („self-injurious behaviour“)

5 Beschreibung der häufigsten Interventionen

Folgende 10 Interventionen wurden in den eingeschlossenen Cochrane Reviews am häufigsten genannt:

- ✧ Cognitive behavioural therapy
- ✧ Cognitive therapy
- ✧ Behavioural therapy
- ✧ Psychodynamic (psycho)therapy
- ✧ Hypnotherapy/hypnosis
- ✧ Supportive therapy
- ✧ Interpersonal (psycho)therapy
- ✧ Counselling
- ✧ Patient education
- ✧ Relaxation (therapy)

**10 am häufigsten
genannte
Interventionen**

Um eine Übersicht zur aktuellen Forschungssituation bezüglich dieser Interventionen zu erhalten, wurde im Juli/August 2013 eine Suche in den beiden Datenbanken PubMed und PsycINFO durchgeführt. Dafür wurden die 10 oben genannten Interventionen jeweils mit 5 verschiedenen Indikationen („depression, post-traumatic stress disorder, anxiety, eating disorders, chronic pain“) verknüpft. Abbildung 4.7-1 zeigt eine grafische Darstellung der Suchergebnisse in der Datenbank PubMed (die Balken des Diagramms stehen für die Anzahl der jeweiligen Treffer), Abbildung 4.7-2 jene der Datenbank PsycINFO.

**Suche in PubMed und
PsycINFO für Übersicht
zur aktuellen
Forschungssituation**

**Verknüpfung der
10 häufigsten
Interventionen mit
5 Indikationen**

Die Suchen in den beiden Datenbanken ergab prinzipiell ein sehr ähnliches Bild, v.a. bezüglich der „Größenverhältnisse“ der Trefferanzahl der einzelnen Verknüpfungen zueinander. Aus den Abbildungen wird ersichtlich, dass es in beiden Datenbanken mit Abstand die meisten Treffer zu den Indikationsbereichen Depressionen und Angststörungen („anxiety“) gab. Bezüglich der Behandlungsmethoden scheint am meisten Forschung zur kognitiven Verhaltenstherapie und zur Verhaltenstherapie vorhanden zu sein, in PsychINFO erzielte auch die Suche nach Beratung und nach Entspannungstherapie eine Vielzahl an Treffern. Die Verknüpfung mit der Depression erwies sich als jene mit den meisten Suchergebnissen bei allen Interventionsformen außer der Entspannungstherapie und der Hypnotherapie, die in beiden Datenbanken bei der Verknüpfung mit Angststörungen mehr Treffer erreichten. In beiden Datenbanken war die Verknüpfung von Depression und Verhaltenstherapie jene Kombination, die die meisten Treffer erzielte.

**die meisten Treffer zu
Depressionen und
Angststörungen,
sowie zu Verhaltens-
therapie und CBT**

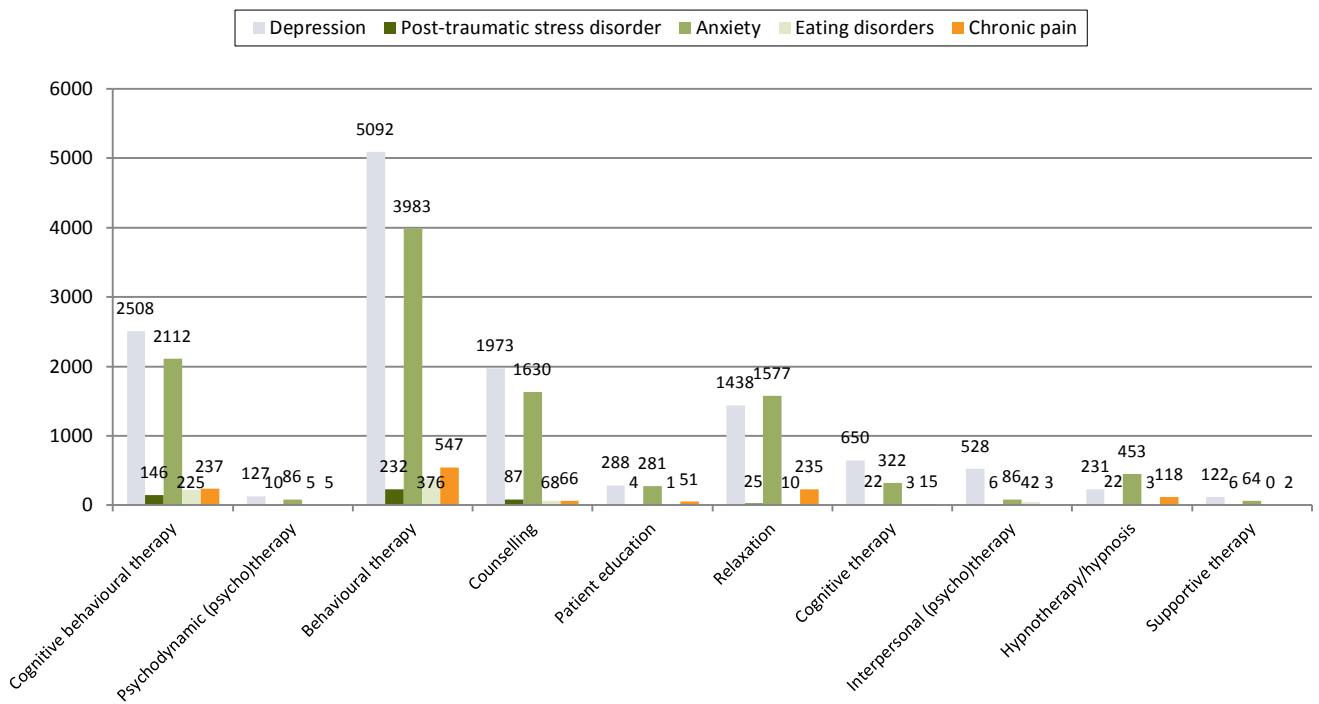


Abbildung 4.7-1: Suchergebnisse PubMed

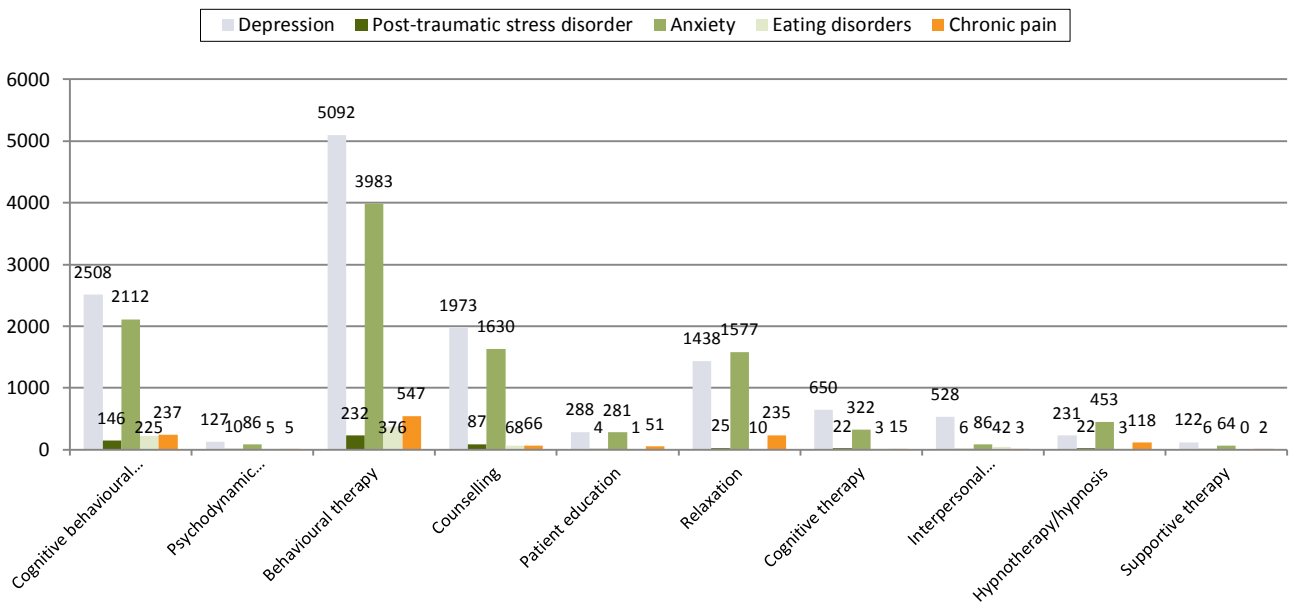


Abbildung 4.7-2: Suchergebnisse PubMed

Im Folgenden sollen die in den Cochrane Reviews am häufigsten genannten Interventionen kurz beschrieben werden (Quelle: Pschyrembel – Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie [1]).

Kurzbeschreibung der häufigsten Interventionsformen anhand Pschyrembel

5.1 Cognitive behavioural therapy

Die Bezeichnung „cognitive behavioural therapy“ (CBT, dt.: Kognitive Verhaltenstherapie, KVT) existiert seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts, als es zur Integration der unabhängig voneinander entwickelten kognitiven Therapie und Verhaltenstherapie kam. Die kognitive Verhaltenstherapie betont explizit die wichtige Bedeutung von Kognitionen und geht davon aus, dass sich Gedanken, Gefühle, Verhalten und Vorstellungen gegenseitig beeinflussen. Verhaltenstherapeutische Interventionen beeinflussen laut Pschyrembel auch ohne explizite kognitive Ausrichtung immer auch die Informationsverarbeitungsprozesse und in kognitiven Therapien kommen regelmäßig auch verhaltenstherapeutische Interventionen zum Einsatz. Der Begriff der KVT hat sich, obwohl er inhaltlich angemessener wäre, gegenüber der traditionellen Bezeichnung Verhaltenstherapie (siehe auch 5.3) nicht durchgesetzt bzw. wird zum Teil synonym mit kognitiver Therapie (siehe 5.2) verwendet [1].

kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Integration von kognitiver und Verhaltenstherapie

5.2 Cognitive therapy

Die „cognitive therapy“ (dt.: Kognitive Therapie) ist ein Überbegriff für Interventionen, die den Einfluss der Kognitionen (z.B. Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Erwartungen) auf das emotionale Befinden und Verhalten in den Vordergrund stellen. Mit Hilfe von Kognitionen wird die subjektive Realität abgebildet; die kognitive Verarbeitung von Ereignissen ist für das psychische Befinden ebenso wichtig wie die Ereignisse selbst. Die kognitive Therapie berücksichtigt, ob funktionale, hilfreiche Kognitionen fehlen oder dysfunktionale, hinderliche Kognitionen vorhanden sind und ob die Modifikation der relevanten Kognitionen durch die Therapie gelingt. Das Ziel der kognitiven Therapie ist die möglichst direkte Diagnostik und Modifizierung der für die psychische Störung bzw. das psychische Befinden relevanten Kognitionen. Kognitive Prozesse und Strukturen, die das psychische Problem begünstigen, sollen verändert und neue, der Realität angemessene Einstellungen und Gedanken erarbeitet werden. Kognitive Therapien werden meist mit Verhaltenstherapien verknüpft. Als Formen der kognitiven Therapie werden u.a. die kognitive Therapie nach Beck sowie die kognitive Verhaltenstherapie (siehe auch 5.1) genannt [1].

kognitive Therapie

Überbegriff für Interventionen, die Einfluss der Kognitionen auf emotionales Befinden und Verhalten betonen

5.3 Behavioural therapy

Verhaltenstherapie
handlungs- und
erlebnisorientiert, setzt
an prädisponierenden,
auslösenden Faktoren
an
problem- und
zielorientiert,
zeitlich limitiert

Die „behavioural therapy“ (dt.: Verhaltenstherapie) ist laut Pschyrembel eine „auf empirischer Psychologie basierende Grundorientierung der Psychotherapie“. Der Begriff wird teilweise synonym mit Verhaltensmodifikation und kognitiver Verhaltenstherapie (siehe auch 0) verwendet. Es wird eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik auf der Basis von empirisch überprüfem Störungswissen und Veränderungswissen angestrebt. Die Therapieziele, die üblicherweise von PatientIn und TherapeutIn gemeinsam definiert werden, werden aus einer Störungsdiagnostik und einer individuellen Problemanalyse abgeleitet und auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens operationalisiert. Die Verhaltenstherapie ist handlungs- und erlebnisorientiert und setzt mit ihren Maßnahmen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Faktoren an. Weitere Prinzipien sind die Problem- und Zielorientierung und die zeitliche Limitierung. Neben den Basisfertigkeiten wie z.B. Gesprächsführung, Motivationsaufbau und Methoden der Gestaltung der therapeutischen Beziehung werden u.a. folgende störungsübergreifende Verfahren genannt: Konfrontationstherapie (z.B. systematische Desensibilisierung), Selbstmanagement, Biofeedback, Training sozialer Kompetenz, operante Methoden (z.B. positive Verstärkung), Entspannungsmethoden, Kommunikations- und Problemlösetraining, Konditionierung [1].

5.4 Psychodynamic (psycho)therapy

psychodynamische
Psychotherapie
Bearbeitung von
lebensgeschichtlich
begründeten
unbewussten Konflikten
und psychischen
Störungen in
therapeutischer
Beziehung

Die „psychodynamic psychotherapy“ (dt.: Psychodynamische Psychotherapie) ist eine Sammelbezeichnung für alle psychoanalytisch orientierten Psychotherapien (z.B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), die in der Regel kürzer und mit geringerer Frequenz als die klassische Psychoanalyse sowie üblicherweise nicht auf der Couch, sondern einander gegenüber sitzend stattfinden. Das Prinzip der psychodynamischen Psychotherapie ist die Bearbeitung von lebensgeschichtlich begründeten unbewussten Konflikten und krankheitswertigen psychischen Störungen in einer therapeutischen Beziehung, wobei die Übertragung, Gegenübertragung und der Widerstand besonders berücksichtigt werden [1].

5.5 Hypnotherapy/hypnosis

Hypnose = durch
bestimmte Reize
hervorgerufener
Zustand der Bewusst-
seinsveränderung
Hypnotherapie =
therapeutische
Anwendung

Die Hypnose ist ein durch bestimmte Reize hervorgerufener Zustand der Bewusstseinsveränderung, bei dem es zu einer Einengung der Aufmerksamkeit, einem verminderten Realitätsbezug sowie einer gesteigerten Suggestibilität⁴⁵ kommt. Unter Hypnotherapie versteht man die therapeutische Anwendung der Hypnose, die meist mit tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert wird. Durch die Entspannungsreaktion soll auf bestimmte psychosomatische Symptome gezielt eingewirkt, sollen unbewusste Erinnerungen hervorgerufen und Selbstheilungskräfte des Unbewussten aktiviert werden [1].

⁴⁵ Suggestibilität = Beeinflussbarkeit durch Suggestion. Suggestion = Beeinflussung des Erlebens und Verhaltens einer Person unter Umgehung des rationalen, unbewussten Urteils dieser Person [1]

5.6 Supportive therapy

Die „supportive therapy“ (dt.: Stützende Psychotherapie, supportive Therapie) ist eine allgemeine Bezeichnung für die einfühlsame und problemorientierte Gesprächsführung in wohlwollender Atmosphäre als Maßnahme der Psychotherapie. Als Interventionen nennt der Pschyrembel die Beratung, die Stärkung der Bewältigungsstrategien bzw. Abwehrmechanismen des/der PatientIn sowie die Ressourcenaktivierung. Es geht nicht um grundlegende Änderungen des/der PatientIn hinsichtlich der Ursachen der Störung. Ziel der supportiven Therapie ist die Unterstützung des/der PatientIn, die Symptomverringerung, die Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts sowie die bessere Bewältigung von psychischen Belastungen [1].

**stützende
Psychotherapie,
supportive Therapie**

**allgem. Bezeichnung für
problemorientierte
und einfühlsame
Gesprächsführung als
Maßnahme der
Psychotherapie**

5.7 Interpersonal (psycho)therapy

Die „interpersonal psychotherapy“ (dt.: Interpersonelle Psychotherapie, IPT) ist ein eklektisches, theoretisch und empirisch begründetes Therapiekonzept, das vor allem zur Kurzzeitbehandlung von Depressionen eingesetzt wird, aber auch für andere psychische Störungen adaptiert wurde. Die Therapie der psychischen Störung erfolgt dabei durch die Behandlung der interpersonellen Konflikte, in deren Kontext die Störung aktuell auftritt. Es werden 4 verschiedene Kernbereiche der interpersonellen Konflikte und Probleme unterschieden: Trauer, interpersonelle Rollenkonflikte, Rollenwechsel und interpersonelle Defizite. Es kommen mehrere therapeutische Techniken, wie z.B. Kommunikationsanalyse, Entscheidungsanalyse, Verhaltensmodifikation, Exploration, zum Einsatz [1].

**interpersonelle
Psychotherapie**

**eklektisches
Therapiekonzept**

**Behandlung der
interpersonellen
Konflikte**

5.8 Counselling

Unter „counselling“ (dt.: Beratung) versteht man kommunikative unterstützende Maßnahmen, Informationsvermittlung oder auch Trainings zur Prävention oder Bewältigung von (psychischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen) Problemen und belastenden Lebenssituationen. Man unterscheidet informelle, semiprofessionelle und professionelle Beratungen. In der Regel liegen der Beratung patientInnenzentrierte, psychoanalytische, systemische oder verhaltensorientierte Modelle zugrunde. Aufgaben der Beratung können u.a. die Begleitung bei der Bewältigung belastender Lebenssituationen, die Prävention von Problemen oder Konflikten in unterschiedlichen Lebenslagen sowie das Anknüpfen an vorhandene Ressourcen und Kompetenzen darstellen. Als Formen der Beratung werden beispielsweise die Paar- und Lebensberatung, Familienberatung, Drogenberatung, genetische Beratung, Gesundheitsberatung, Beratung zur Bewältigung spezieller Belastungen (z.B. Traumata) oder die Schwangerschaftskonfliktberatung genannt [1].

Beratung

**kommunikative
unterstützende
Maßnahmen,
Informations-
vermittlung oder
Training**

**Aufgaben: z.B.
Begleitung bei der
Bewältigung
belastender
Lebenssituationen**

5.9 Patient education

**PatientInnenschulung
(Gruppen-)Programm
für PatientInnen mit
chronischen
Erkrankungen**

**Ziele: funktionaler
Umgang mit der
Erkrankung,
Entwicklung bzw.
Förderung von
Compliance,
Selbstwirksamkeit und
Bewältigungsstrategien**

„Patient education“ (dt.: PatientInnenschulung) ist die Bezeichnung für ein (Gruppen-)Programm für PatientInnen zur Vermittlung von krankheits- und behandlungsrelevanten Informationen, das häufig curricular strukturiert ist und gegebenenfalls auch Bezugspersonen der PatientInnen involviert. Ziel ist der funktionale Umgang mit der Erkrankung sowie die Entwicklung bzw. Förderung von Compliance, Selbstwirksamkeit oder Bewältigungsstrategien. PatientInnenschulungen richten sich vor allem an PatientInnen mit somatischen oder psychischen chronischen Erkrankungen sowie an PatientInnen in Rehabilitationsprogrammen. Von Psychoedukation (engl.: „psychoeducation“, „patient education“) spricht man v.a. in der Psychiatrie und meint damit verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Schulungen von PatientInnen mit psychischen oder physischen Krankheiten. In Gruppen- oder Einzelgesprächen wird z.B. über Klinik und Ätiologie der Störung sowie über Therapie und Rückfallprävention aufgeklärt. Ziel ist wiederum z.B. das bessere Verständnis der Erkrankung, die Förderung der Compliance und die Entlastung durch Austausch mit anderen Betroffenen [1].

5.10 Relaxation (therapy)

Entspannungstherapie

**Entspannung durch
gezielte Beeinflussung
autonom gesteuerter
Körperfunktionen oder
durch veränderte
kognitive Prozesse**

**z.B. progressive Muskel-
relaxation, Biofeedback,
Autogenes Training**

Die „relaxation therapy“ (dt.: Entspannungstherapie) ist eine Sammelbezeichnung für therapeutische Verfahren, die auf Entspannungstechniken aufbauen und das Ziel haben, psychische oder physische Entspannung herbeizuführen. Entspannung kann unter Ruhebedingungen spontan eintreten oder durch Entspannungsmethoden aktiv herbeigeführt werden. Es kommt zu einem Ausbleiben oder einer Reduktion von Stressreaktionen. Durch gezielte Beeinflussung autonom gesteuerter Körperfunktionen wie z.B. Atmung, Herzfrequenz, Muskeltonus, oder durch veränderte kognitive Prozesse (z.B. Imagination) soll Entspannung erreicht oder gefördert werden, mit dem Ziel der Beruhigung und verbesserten Körperwahrnehmung. Als Entspannungstechniken werden beispielsweise die progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, Autogenes Training, Bewegungstherapie, Hypnose, Meditation oder das angewandte Entspannungstraining („applied relaxation training“) genannt [1].

6 Zusammenfassung der Ergebnisse aus Teil II

Für die vorliegende Übersichtsarbeit zu Behandlungsmethoden und Anwendungsbereichen der psychologischen Behandlung wurde eine systematische Literatursuche nach Cochrane Reviews und Health Technology Assessments in 2 Datenbanken (CRD, Cochrane) durchgeführt. 332 Referenzen standen für die Literatursuche zur Verfügung. Es wurden jene Publikationen im Volltext gesichtet, die im Titel die Begriffe „psychological“ und „intervention/therapy/treatment/debriefing“ enthielten. Insgesamt konnten 44 Cochrane Reviews und 7 HTA-Berichte eingeschlossen werden. Die Datenextraktion fokussierte auf Informationen zur untersuchten PatientInnengruppe (Indikation) und zu den psychologischen Interventionen, die den Einschlusskriterien der Reviews/ HTAs entnommen wurden. Weiters wurden die Anzahl der jeweils inkludierten Primärstudien, die Zahl der eingeschlossenen PatientInnen und der Zeitraum der Veröffentlichung der Primärstudien sowie die Conclusio der AutorInnen extrahiert. Die gesamte Extraktionstabelle ist im Anhang (Kapitel 11.2) nachzulesen.

Indikationen

Die identifizierten Indikationsbereiche wurden den jeweiligen ICD-10 Kategorien zugeordnet und die Informationen indikationsweise zusammengefasst (siehe Kapitel 4). Zusätzlich wurden die Diagnosegruppen sowie die entsprechenden angeführten psychologischen Interventionen aus einem englischsprachigen Lehrbuch („Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology“, Volume 1 „Child and Adolescent Disorders“ und Volume 2 „Adult Disorders“) extrahiert und den in den Cochrane Reviews und HTA-Berichten genannten Interventionen gegenübergestellt. In Kapitel 4.7 sind jene Indikationsbereiche aufgelistet, die zwar im „Handbook“ Berücksichtigung fanden, zu denen aber keine entsprechenden Übersichtsarbeiten eingeschlossen wurden. Die gesamte Extraktionstabelle mit den Informationen aus dem „Handbook“ befindet sich im Anhang in Kapitel 11.2.3.

Zu folgenden ICD-10 Kategorien wurden relevante Cochrane Reviews und HTA-Berichte identifiziert:

- ✿ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
- ✿ Affektive Störungen (F30-F39)
- ✿ Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- ✿ Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- ✿ Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- ✿ Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Die meisten Cochrane Reviews, nämlich 21, konnten der ICD-10 Kategorie F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ zugeordnet werden. 9 Cochrane Reviews und 2 HTA-Berichte befassten sich mit Depressionen (F3 „Affektive Störungen“). Ebenfalls 9 Cochrane Reviews und 2 HTAs untersuchten die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F4). Hinsichtlich „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) wurden 4 Cochrane Reviews und ein HTA-Bericht identifiziert, für die Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F1) wurden ein Cochrane Review und ein HTA-Bericht eingeschlossen.

**Übersicht zu
Behandlungsmethoden
und Anwendungs-
bereichen**

**systematische Suche in 2
Datenbanken**

**44 Cochrane Reviews
(CR) und 7 HTA-
Berichte eingeschlossen**

**Fokus der
Datenextraktion
auf Indikationen und
Interventionen**

ICD-10 Zuordnung

**indikationsweise
Zusammenfassung der
Informationen**

**zusätzliche Quelle:
„Handbook of evidence-
based practice in clinical
psychology“**

**Cochrane Reviews und
HTA-Berichte zu
folgenden ICD-10
Kategorien:**

F1, F3, F4, F5, F6, F9

**unterschiedlich viele
Übersichtsarbeiten zu
den einzelnen
Indikationsbereichen**

**die meisten Reviews zu
„Verhaltensauffällig-
keiten mit körperlichen
Störungen und
Faktoren“**

Bezüglich des Indikationsbereichs „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F9) stand ein relevanter HTA-Bericht zur Verfügung.

**andernorts klassifizierte
(somatische)
Krankheiten:
zugeordnet zu F54
z.B. Schmerzen,
Krankheiten des
Nervensystems,
Atmungssystems,
Verdauungssystems**

Neben jenen Übersichtsarbeiten, die relativ eindeutig einer „F-Kategorie“ des ICD-10 zugeordnet werden konnten, wurden durch die systematische Suche auch mehrere Cochrane Reviews identifiziert, die sich mit psychologischen Interventionen im Rahmen somatischer Erkrankungen befassten. Diese behandelten unter anderem die Indikationsbereiche Schmerzen, onkologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Hauterkrankungen. Sie wurden der Kategorie F54 „Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ zugeteilt und sind in Kapitel 4.4.2 nachzulesen.

**zu einigen Indikationen
können aufgrund des
Mangels an CR/HTAs
keine Aussagen
getroffen werden**

Aufgrund des Fehlens von Cochrane Reviews und HTAs, welche die in Kapitel 2.3 beschriebenen Einschlusskriterien erfüllten, können zu einigen Indikationsbereichen keine Aussagen getroffen werden. Dies betrifft unter anderem folgende Indikationen, zu denen Informationen aus dem „Handbook“ vorliegen, jedoch keine relevanten Übersichtsarbeiten eingeschlossen werden konnten: z.B. Demenz, Schizophrenie, Schlafstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen bei Erwachsenen sowie Lernschwächen, Autismus-Spektrum-Störungen, Intelligenzstörungen oder Schlafstörungen bei Kindern (siehe auch Kapitel 4.7).

Interventionen

**Vielzahl an
unterschiedlichen
Interventionen
am häufigsten:
kognitive Verhaltens-
therapie (CBT)
viele spezifische
Methoden nur 1x
genannt
manche Interventionen
vermutlich nur
ergänzend zu
psychologischer
Behandlung (z.B.
Medikamente,
Ergotherapie,
Elektromyographie)**

In Bezug auf die Interventionen wurden alle psychologischen Behandlungsmethoden extrahiert, die in den Einschlusskriterien der Übersichtsarbeiten als relevant bezeichnet wurden. Diese Vorgehensweise ergab eine Vielzahl an unterschiedlichen Interventionen, die, unabhängig von den Indikationsbereichen, in Kapitel 3 (Tabelle 3.1-2, Tabelle 3.2.2, Tabelle 3.3-3, Tabelle 3.3-4) nachgelesen werden können. Aus diesen Übersichtstabellen wird ersichtlich, dass die kognitive Verhaltenstherapie („cognitive behavioural therapy“, CBT) am häufigsten genannt wurde. Folgende Interventionen wurden ebenfalls häufig in den eingeschlossenen Cochrane Reviews erwähnt: psychodynamische Psychotherapie, Beratung („counselling“), Entspannungstherapie, interpersonelle Therapie, Verhaltenstherapie, supportive Therapie, Hypno-therapie, PatientInnenschulungen („patient education“) sowie die kognitive Therapie. In Kapitel 5 findet sich zu jeder der 10 häufigsten Interventionen eine Kurzbeschreibung. Auffallend ist bezüglich der Interventionen zudem, dass eine Vielzahl an spezifischen Methoden nur ein einziges Mal in den Einschlusskriterien der Übersichtsarbeiten genannt wurde. Bei den Cochrane Reviews handelt es sich um mehr als 50 Interventionen, die lediglich einmal angeführt wurden. In den Tabellen finden sich außerdem vereinzelt Interventionen, die im Zusammenhang mit psychologischer Behandlung genannt wurden, aber augenscheinlich nur ergänzend zu eigentlichen psychologischen Interventionen eingesetzt werden (z.B. medikamentöse Behandlung, Bewegungs- oder ergotherapeutische Interventionen, Elektromyographie etc.)

7 Diskussion und Limitationen (Teil II)

Evidenzlage und Forschungsschwerpunkte

Aus der Tatsache, dass eine Übersichtsarbeit identifiziert wurde, die bestimmte psychologische Interventionen bei spezifischen Indikationen analysierte, kann selbstverständlich keine Aussage über deren Wirksamkeit abgeleitet werden. Um zu erfahren, welche Behandlungsmethoden bei welchen Indikationen einen Benefit aufweisen, müssten für die einzelnen Indikationsbereiche systematische Reviews zur Wirksamkeit durchgeführt werden, die jedoch über die Forschungsfragen und den Rahmen dieses Projekts hinausgegangen wären. Um dennoch einen ersten Überblick zur Evidenzlage zu bieten, wurden für jeden Cochrane Review und HTA-Bericht die Anzahl der inkludierten Primärstudien und eingeschlossenen PatientInnen sowie die Schlussfolgerungen der AutorInnen wiedergegeben. Es zeigte sich beispielsweise, dass in 3 Cochrane Reviews keine einzige Primärstudie die Einschlusskriterien erfüllte. Weitere 9 Cochrane Reviews (von insgesamt 44) inkludierten weniger als 10 Primärstudien. Die meisten Übersichtsarbeiten wurden für die Indikation Depression identifiziert, hier zeigte sich zum Beispiel gute Evidenz für die Wirksamkeit psychologischer Interventionen in der Prävention postpartaler Depressionen sowie in der Prävention von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Ebenfalls viel Forschungstätigkeit scheint es im Indikationsbereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zu geben, hier erwiesen sich psychologische Interventionen beispielsweise in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als wirksam.

Es ist auffallend, dass relativ wenige Cochrane Reviews und HTA-Berichte identifiziert wurden, die sich mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigten (verglichen mit der Anzahl der Übersichtsarbeiten, die auf Erwachsene fokussierten). Nur 7 der 44 eingeschlossenen Cochrane Reviews befassten sich ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen, weitere 6 inkludierten sowohl Kinder als auch Erwachsene.

Konsequenzen der Einschränkung auf Cochrane Reviews und HTA-Berichte

Die Fokussierung auf Cochrane Reviews und HTA-Berichte in dieser Ergebnisdarstellung wurde aufgrund der meist guten methodologischen Qualität dieser Übersichtsarbeiten vorgenommen. Ein weiterer Grund war die hohe Anzahl an Forschungsarbeiten in diesem Bereich, die eine Einbeziehung von Einzelstudien nicht möglich gemacht hätte. Es ist daher nicht auszuschließen, dass Themenbereiche, zu denen es derzeit zwar RCTs, aber noch keine Cochrane Reviews/HTAs gibt, in dieser Übersichtsarbeit fehlen. Umgekehrt heißt das Vorhandensein einer solchen Übersichtsarbeit aber nicht, dass es auch (viele) Primärstudien zu dieser Fragestellung gibt (siehe oben). Leitlinien zur Behandlung verschiedener psychischer Störungen geben üblicherweise konkrete Handlungsempfehlungen und könnten daher im Rahmen zukünftiger, detaillierter Evidenzanalysen in einzelnen Indikationsbereichen ebenfalls von Interesse sein, wurden jedoch in diese Übersichtsarbeit nicht inkludiert.

keine systematischen Reviews zur Wirksamkeit in einzelnen Indikationsbereichen im Rahmen dieses Projekts möglich

aber: erster Überblick zur Evidenzlage durch Wiedergabe der Schlussfolgerungen der Review-AutorInnen

teilweise geringe Anzahl an Primärstudien

viele Übersichtsarbeiten z.B. im Bereich der Depression und posttraumatische Belastungsstörung

nur 7 Cochrane Reviews befassten sich ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen

Fokussierung auf CR und HTAs, weil

- meist gute methodologische Qualität

- hohe Anzahl an Forschungsarbeiten

Arbeiten, die (im Titel) ausschließlich auf spezifische Interventionen fokussierten, sind nicht enthalten

In der Auswahl der Literatur wurden nur jene Cochrane Reviews und HTAs im Volltext berücksichtigt, die „psychological“ und „intervention/therapy/treatment/debriefing“ im Titel enthielten. Diese Vorgehensweise wurde einerseits aufgrund der Zielsetzung, jene Interventionen zu extrahieren, die in der internationalen Literatur unter „psychologischer Intervention“ verstanden werden, und andererseits aufgrund der hohen Anzahl der zur Verfügung stehenden Übersichtsarbeiten in diesem Bereich, gewählt. Somit sind jedoch andere Arbeiten, die spezifische Interventionen (z.B. Biofeedback) untersuchten und diese auch im Titel anführten, in dieser Übersichtsarbeit nicht enthalten. Zu folgenden Einzelinterventionen wurden (bereits publizierte) Cochrane Reviews (CR) durch die systematische Suche identifiziert, jedoch auf Grund der Einschlusskriterien nicht inkludiert: „Cognitive behavioural therapy“ (2 CR), „Psychodynamic therapy“ (1 CR), „Hypnotherapy/ hypnosis“ (3 CR), „Supportive therapy“ (1 CR), „Family therapy“ (3 CR), „Counselling“ (1 CR), „Patient education“ (4 CR), „Relaxation“ (2 CR), „Biofeedback“ (2 CR).

viele Cochrane Reviews sind derzeit in Bearbeitung (39 Protokolle in der systematischen Suche)

Auf die rege Forschungstätigkeit in diesem Bereich deuten auch die vielen in Bearbeitung befindlichen Cochrane Reviews hin: Es wurden 39 Protokolle von Cochrane Reviews im Rahmen der systematischen Literatursuche aufgefunden, davon wären 21 Protokolle, die in Tabelle 5.10-1 aufgelistet sind, zukünftig (bei Vorliegen der finalen Cochrane Reviews) relevant, da sie im Titel die Begriffe „psychological“ und „intervention/therapy/ treatment/debriefing“ enthalten.

Tabelle 5.10-1: Titel der in Bearbeitung befindlichen Cochrane Reviews (Protokolle)

ErstautorIn, Jahreszahl	Titel der Protokolle
Ahmed, 2012	Psychological interventions for avoidant personality disorder [57]
Alex, 2010	Psychological interventions for obsessive-compulsive personality disorder [58]
Cassis, 2012	Psychological interventions for people with haemophilia [59]
Churchill, 2010	Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression [60]
Churchill, 2010	Humanistic therapies versus other psychological therapies for depression [61]
Churchill, 2010	Cognitive behavioural therapies versus other psychological therapies for depression [62]
Churchill, 2010	Psychodynamic therapies versus other psychological therapies for depression [63]
Hides, 2011	Psychological interventions for co-occurring depression and substance misuse [64]
Hunot, 2010	Interpersonal, cognitive analytic and other integrative therapies versus other psychological therapies for depression [65]
Hunot, 2010	Mindfulness-based 'third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression [66]
Jassim, 2010	Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer [67]
Orgeta, 2011	Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment [68]
Patel, 2011	Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors [69]
Ranchor, 2012	Psychological interventions for cancer survivors and cancer patients in the palliative phase [70]
Roberts, 2012	Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder [71]
Stoffers, 2012	Psychological interventions for people with histrionic personality disorder [72]
Stoffers, 2012	Psychological interventions for people with narcissistic personality disorder [73]
Tefikow, 2012	Psychological interventions for acute pain after open heart surgery [74]
van Wijk, 2009	Psychological interventions for reducing postoperative morbidity in dental surgery in adults [75]
Veronese, 2008	Psychological therapies versus pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder [76]
Wright, 2012	Psychological interventions for psychosis in adolescents [77]

Die Interventionen wurden jeweils aus dem Methodenteil der Cochrane Reviews („Types of interventions“) extrahiert, es wurden somit die „Einschlusskriterien“ wiedergegeben. Das bedeutet jedoch nicht, dass zu den genannten Interventionen in weiterer Folge auch tatsächlich Primärstudien identifiziert und in die Reviews eingeschlossen wurden. Aus der Erwähnung einer bestimmten Behandlungsmethode kann also nicht abgeleitet werden, dass Evidenz bezüglich dieser Intervention vorhanden ist und dementsprechend schon gar nicht, dass sich diese Intervention als wirksam erwiesen hat.

Die Fokussierung auf Cochrane Reviews und HTAs sowie die gewählten Einschlusskriterien („psychological intervention/therapy/treatment/ debriefing“ im Titel) haben weiters zur Folge, dass im Rahmen dieses Projekts nicht alle potentiell relevanten Einsatzgebiete abgebildet werden konnten. Weitere Arbeitsfelder der klinisch-psychologischen Behandlung könnten u.a. auch die folgenden, in diesem Bericht nicht behandelten Indikationsbereiche umfassen [78]: Demenz, neuropsychologische Störungen, Operationsvor- und Nachbetreuung, Gynäkologie, gerontologische Erkrankungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen im Alter.

Uneinheitliche Definitionen und Spezifikation der Interventionen

Die laut Einschlusskriterien der Cochrane Reviews und HTAs relevanten Interventionen wurden nicht immer spezifiziert. Teilweise wurde angegeben, dass beispielsweise „all psychological interventions“ berücksichtigt werden sollten. In einigen Übersichtsarbeiten wurde eine Einteilung der relevanten Interventionen in verschiedene Kategorien (z.B. CBT, Entspannungstherapie, ...) vorgenommen, diese wurden jedoch sehr uneinheitlich definiert. Es scheint diesbezüglich keine allgemein gültige Vorgehensweise zu geben. Beispielsweise wurden Methoden der Entspannungstherapie manchmal als eigene Kategorie, manchmal als Teil der CBT und manchmal als Teil der Verhaltenstherapie genannt. Auch die Hypnose oder Hypnotherapie wurde teilweise extra, teilweise aber auch als Teil von kognitiver Therapie, von Entspannungstherapie oder von psychodynamischer Therapie angeführt.

Die genannten Interventionen wurden in Kapitel 3 bestmöglich verschiedenen Kategorien zugeordnet, die jedoch der Komplexität einzelner Behandlungsmethoden teilweise nicht Rechnung tragen können. Beispielsweise wurde „Imagery“ in dem entsprechenden Cochrane Review in der Kategorie „cognitive interventions“ angeführt und daher auch in diesem Bericht dorthin sortiert. „Imagery“ könnte jedoch auch den psychoanalytischen Therapien zugeordnet werden [78]. „Couples therapy“ wurde ebenfalls in einem Cochrane Review genannt und dort folgendermaßen beschrieben: „approaches may be behavioural, interactional, systemic, or psychodynamic in orientation“, könnte also je nach inhaltlicher Ausrichtung mehreren Kategorien zugeordnet werden. Die Interventionen Stressmanagement, Biofeedback und Hyperventilation sind in Kapitel 3 der Kategorie „Entspannung/Stressmanagement“ zugeordnet, können aber auch als Methoden der Verhaltenstherapie verstanden werden [78]. Eine präzisere Zuordnung der Interventionen zu den einzelnen Kategorien wäre durch die Analyse der detaillierten Beschreibungen in den (Primär-)Studien möglich. Eine solche Vorgehensweise hätte den Rahmen dieses Projekts überschritten, wäre im Falle nachfolgender Evidenzanalysen jedoch jedenfalls wünschenswert.

Extraktion der Interventionen aus den Einschlusskriterien

...bedeutet nicht, dass dazu auch Primärstudien identifiziert wurden

weitere potentielle Arbeitsfelder nicht abgebildet,

z.B. Demenz, neuropsychologische Störungen, gerontologische Erkrankungen

teilweise keine Spezifizierung, sondern Berücksichtigung aller psychologischen Interventionen

teilweise uneinheitliche Kategorisierung der Methoden

bestmögliche Einteilung der genannten Interventionen in die verschiedenen Kategorien

teilweise nicht eindeutig zuordenbar, sondern mehrere Möglichkeiten

Abgrenzung psychologischer zu psychosozialen oder Schulungs-, Beratungsmaßnahmen nicht eindeutig

Abgrenzung zu nicht-psychologischen Interventionen und Berufsgruppen

Einige Reviews inkludierten nicht nur psychologische Interventionen, sondern z.B. auch psychosoziale oder Schulungs- und Beratungsmaßnahmen. Die Abgrenzung der psychologischen Interventionen gegenüber anderen Methoden ist teilweise nicht eindeutig möglich. Der Cochrane Review zur Prävention von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen inkludierte beispielsweise psychologische sowie edukative Interventionen, beschrieb aber, dass diese überlappen können, vor allem dann, wenn psychologische Methoden auch „psycho-education“ beinhalten [11]. Ein Review zur Behandlung von postpartalen Depressionen [10] inkludierte psychosoziale und psychologische Interventionen, die u.a. Psychoedukation („psychoeducational strategies“), CBT oder Beratungsinterventionen („non-directive counseling“) beinhalten. Die AutorInnen beschrieben, dass psychosoziale Interventionen unstrukturiert und nicht-manualisiert („unstructured and non-manualised“) seien, während psychologische Interventionen manualisierte Behandlungsmethoden wie CBT, interpersonelle Therapie und psychodynamische Therapie umfassten.

„psychologische Intervention“ bedeutet nicht automatisch Leistungserbringung durch PsychologInnen

teilweise andere Berufsgruppen (z.B. Krankenpflege, Ergotherapie), Laien oder auch z.B. computer-gestützte Intervention

Weiters ist zu beachten, dass „psychologische Intervention“ nicht automatisch bedeutet, dass die Behandlung auch von PsychologInnen durchgeführt wurde. In den inkludierten Cochrane Reviews und HTA-Berichten wurde nur selten angegeben, welche Berufsgruppen die Behandlung durchführen sollen bzw. welche Berufsgruppen die Interventionen in den eingeschlossenen Studien erbracht haben. Ein Cochrane Review, der psychologische Behandlungsmethoden bei Multipler Sklerose analysierte, beschrieb in den Einschlusskriterien, dass die Interventionen durch PsychologInnen, BeraterInnen, medizinisches Personal, Krankenpflegepersonal, ErgotherapeutInnen oder andere Gesundheitsberufe erbracht werden konnten [42]. Ein anderer Cochrane Review, der sich mit psychosozialen und psychologischen Interventionen zur Behandlung von Depressionen während der Schwangerschaft auseinandersetzte, inkludierte Interventionen, die sowohl von professionellen Berufsgruppen als auch von Laien durchgeführt werden konnten [8]. Weitere Reviews spezifizierten beispielsweise, dass die Behandlung von „health professionals“ mit einer spezifischen Ausbildung/Training in den jeweiligen Techniken erbracht werden sollen [13] oder dass die Interventionen von dafür ausgebildeten Personen durchgeführt werden sollen, die für die Ausübung der jeweiligen Behandlungsmethoden zertifiziert sind oder diese unter Supervision erbringen [40]. In 2 Übersichtsarbeiten wurden auch Primärstudien berücksichtigt, in denen die Intervention nicht durch eine Berufsgruppe erbracht wurde, sondern eine Computer-gestützte Intervention zum Einsatz kam [11, 18].

Ausbildungserfordernisse für (klinische) PsychologInnen international sehr unterschiedlich (siehe Teil I)

Zudem soll an dieser Stelle auch auf Teil I dieses Projektberichts verwiesen werden, in dem die Ausbildungserfordernisse für (klinische) PsychologInnen in Österreich, dem deutschsprachigen Ausland sowie in ausgewählten englischsprachigen Ländern vergleichend dargestellt wurden. Die aufgezeigten Unterschiede bedingen, dass selbst bei Betrachtung ausschließlich durch PsychologInnen erbrachter Leistungen in anderen Ländern, durch unterschiedliche – im Rahmen der länderspezifischen Ausbildung erworbene – Kompetenzen, Interventionen durchgeführt werden, welche im österreichischen Kontext anderen Berufsgruppen zugeordnet werden würden [79].

Abgrenzung zur Psychotherapie

Die Ergebnisse dieser Literaturübersicht machen deutlich, dass die Abgrenzung zwischen psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung auf Basis der internationalen Forschungsliteratur mit Schwierigkeiten behaftet ist. Die beiden Begriffe scheinen im englischsprachigen Raum fast synonym verwendet zu werden. Obwohl der Titel eines Reviews „psychological interventions...“ lautet, sollen beispielsweise in einer Übersichtsarbeit laut Einschlusskriterien „alle Arten von Psychotherapie“ berücksichtigt werden [48]. Die Begründung für die, auf Basis der internationalen Forschungsliteratur nicht eindeutig vorzunehmende Trennung zwischen psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Behandlung ist vermutlich in der international unterschiedlichen Herangehensweise zu finden. Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, gibt es den Tätigkeitsbegriff der „klinisch-psychologischen Behandlung“ international nicht, da klinische PsychologInnen in den meisten westlichen Staaten auf Basis des Psychotherapiebegriffs operieren. Nur in Österreich findet sich demnach eine Trennung dieser beiden Bereiche, die aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen und der verschiedenen Ausbildungswege zustande gekommen ist.

In Kapitel 5 sind die 10 am häufigsten in den Cochrane Reviews genannten Interventionen kurz beschrieben, wobei es sich meist um Überbegriffe wie z.B. kognitive Verhaltenstherapie oder Entspannungstherapie handelt, die jeweils wieder spezifische Einzelinterventionen beinhalten können. Diese spezifischen Einzelinterventionen, wie sie z.B. in den Primärstudien beschrieben wurden, konnten aufgrund der thematischen Breite im Rahmen dieses Projekts nicht näher analysiert werden. Einige der am häufigsten genannten Behandlungsmethoden werden in ihrer „Gesamtheit“ – zumindest in Österreich – im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen gelehrt. Wie in Kapitel 1.1 angeführt, können die Aufgabenstellungen der klinisch-psychologischen Behandlung z.B. die PatientInnen-Information und -Schulung bzw. Psychoedukation, die Ressourcenförderung/-aktivierung oder die Krankheits-/Störungsbewältigung umfassen, die sich teilweise auch in den Interventionen, die in den Übersichtsarbeiten genannt wurden, widerspiegeln. Wie ebenfalls in Kapitel 1.1 erwähnt, kommt es im berufspolitischen Kontext zu Überschneidungen der Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen, wofür das Bild der Olympischen Ringe gewählt wurde. Letztlich kann wohl nur auf Basis der in der Ausbildung erlernten und dadurch erworbenen Kompetenzen festgelegt werden, welche Behandlungsmethoden später durch die einzelnen Berufsgruppen angeboten werden sollten.

Schlussfolgerung

Der vorliegende Projektberichtsteil bietet eine Übersicht zu Indikationsbereichen und Interventionen der psychologischen Behandlung. Es wurde aufgezeigt, zu welchen Indikationen qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten vorhanden sind und welche Interventionen in der internationalen Forschungsliteratur unter psychologischer Behandlung genannt werden. Der Projektbericht liefert zudem Hinweise auf die Wirksamkeit psychologischer Interventionen, indem jeweils die Schlussfolgerungen der AutorInnen extrahiert und wiedergegeben wurden. Aus dem „Handbook of evidence-based practice in clinical psychology“ wurden alle genannten Interventionen extrahiert, unabhängig davon, ob diese von den AutorInnen als evidenzbasiert eingestuft wurden. Aus diesen Gründen kann aus den vorliegenden Ergebnissen kein evidenzbasierter Leistungskatalog für psychologische Interventionen abgeleitet werden. Ein solches Vorhaben würde detaillierte Evidenzanalysen zur Wirksamkeit psychologischer Behandlung in den einzelnen Indikationsbereichen erfordern. Die Ergebnisse dieser Arbeit können aber Anhaltspunkte geben,

Abgrenzung zur psychotherapeutischen Behandlung auf Basis der internationalen Forschungsliteratur nicht eindeutig möglich...

... da international andere Rahmenbedingungen und anderes Psychotherapieverständnis

strikte Trennung dieser Bereiche nur in Ö

10 am häufigsten genannte Interventionen: meist Überbegriffe wie CBT oder Entspannungstherapie

diese können jeweils wieder spezifische Einzelinterventionen beinhalten

Übersicht zu Indikationsbereichen und Interventionen, zudem Hinweise auf die Wirksamkeit

evidenzbasierter Leistungskatalog erfordert jedenfalls detaillierte Evidenzanalysen in einzelnen Indikationsbereichen

für welche Indikationsbereiche weiterführende Analysen sinnvoll erscheinen. Im Rahmen dieser detaillierten Evidenzanalysen sollten zukünftig neben der Wirksamkeit der einzelnen Interventionen in bestimmten Indikationsbereichen auch die Dauer und die Intensität der erbrachten Interventionen sowie die LeistungserbringerInnen näher analysiert werden.

8 Zusammenfassung Teil I

Hintergrund und Ziel

Im Juli wurde eine Neufassung des Psychologengesetzes (PG 2013) beschlossen. Die Ziele dieses Berichtsteils sind:

- ❖ Gegenüberstellung der österreichischen Ausbildungsregelungen mit internationalen
- ❖ Stakeholderanalyse zur Definition klinisch-psychologischer Behandlung und zu Ausbildungserfordernissen
- ❖ Literaturübersicht zum Stand der Diskussion um Qualitätssicherung der Ausbildung für klinische PsychologInnen

Methode

Die Ausbildungserfordernisse für klinische PsychologInnen in Deutschland, der Schweiz, England, Australien & Neuseeland, den USA & Kanada werden auf Basis von im Internet verfügbarer Information und von vertiefender E-Mail Kommunikation dargestellt. Österreichische Stakeholder wurden gezielt befragt und die Stellungnahmen zum parlamentarischen Begutachtungsverfahren des PG 2013 systematisch ausgewertet. Zur Qualitätssicherung in der Ausbildung klinischer PsychologInnen wurden sowohl eine systematische Literatursuche, als auch zwei Handsuchen durchgeführt.

Ergebnisse

Doktoratsprogramme sind in England und den USA jedenfalls, in Kanada und Australien teilweise Voraussetzungen für die Ausübung klinischer Psychologie, in Neuseeland ist es ein spezielles postgraduales Programm. In der Schweiz und Österreich ist die Theorie- und Praxisausbildung weniger verzahnt. Das PG 2013 hebt die Ausbildungsstandards an, diese bleiben aber unterhalb jener in Vergleichsländern. Stakeholder in Österreich bemängeln die fehlende Definition klinisch-psychologischer Behandlung und die mangelnde Abgrenzung zum Tätigkeitsbereich von PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen im PG 2013, manche sehen die festgelegten Ausbildungserfordernisse als nicht ausreichend für selbständige Behandlung. Bei der Qualitätssicherung der Ausbildung lässt sich international eine Orientierung an der Kompetenz ausgebildeter klinischer PsychologInnen beobachten.

Diskussion

Aus der Sicht der Qualitätssicherung klinisch-psychologischer Ausbildung erscheint ein Defizit der österreichischen Regelung der starke Fokus auf dem Festlegen von formalen inhaltlichen und zeitlichen Ausbildungserfordernissen ohne direkte Orientierung an der Kompetenz der AbsolventInnen zu sein. Auch fällt in Österreich die hohe Regelungsdichte der theoretischen Ausbildungskomponenten im Verhältnis zum geringen inhaltlichen Regelungsinteresse an der praktischen Ausbildung und einer schwachen Verzahnung dieser beiden Elemente auf.

Da weder Literatur und Lehrbücher noch das PG 2013 eine klare Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“ oder eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe vorlegen, ist die Schlussfolgerung dieses Berichts, den Fokus auf die objektivierbar gemessene Behandlungskompetenz der behandelnden Personen (statt auf eine Zugehörigkeit zu Berufsgruppen) zu legen.

2013 Neufassung Psychologengesetz

Ziele des Berichts:

- Vergleich Ausbildung international – Ö
- Stakeholderanalyse zur klin.-psycholog. Behandlung

- Internetrecherche & E-Mail-Kontakte zu Regularien in D, CH, UK, AUS & NZ, USA & KAN
- Stakeholderbefragung und Auswertung parlamentarischer Stellungnahmen
- syst. Lit.-Suche QS

Doktoratsprogramm häufig Voraussetzung für klin. PsychologInnen

PG 2013 hebt Ausbildungsstandards an, bleibt aber unter verglichenen Ländern

Trend international: Fokus auf Kompetenz von AbsolventInnen ...

... diesbezüglich Nachholbedarf in Österreich

Verzahnung theoretische und praktische Ausbildung gering

Schlussfolgerung: tatsächliche Behandlungskompetenz bedeutsamer als Berufsgruppenzugehörigkeit

9 Conclusio anhand der Fragestellungen des BMG

An dieser Stelle soll abschließend auf die in Kapitel 1.2 angeführten, vom BMG formulierten Fragestellungen Bezug genommen werden und die wichtigsten Ergebnisse beider Berichtsteile anhand dieser Fragestellungen zusammengefasst werden.

1. Was verstehen internationale Standards unter „klinisch-psychologischer Behandlung“?

- ❖ Weder Literatur und Lehrbücher noch das Psychologengesetz 2013 geben eine klare Definition von „klinisch-psychologischer Behandlung“. Dies ist auch aus den deutschsprachigen Definitionen von „Klinischer Psychologie“ ersichtlich (Kapitel 1, Teil I und II).
- ❖ In Teil I werden die unterschiedlichen Voraussetzungen zur Durchführung „klinisch-psychologischer Behandlung“ durch den Vergleich nationaler und internationaler Ausbildungswege und Zulassungsvoraussetzungen für klinische PsychologInnen dargestellt (Kapitel 3, Teil I).
- ❖ Weiters werden in Teil I Antworten zu dieser Frage aus Perspektive unterschiedlicher Stakeholder wiedergegeben und die parlamentarischen Stellungnahmen zu diesem Themenkomplex zusammengefasst (Kapitel 4, Teil I).
- ❖ Teil II benennt Interventionen, welche in internationalen, englischsprachigen Forschungsarbeiten am häufigsten als „psychological interventions“ genannt werden. Die 10 am häufigsten genannten Interventionen sind meist Überbegriffe (z.B. kognitive Verhaltenstherapie), von denen manche in Österreich als eigene psychotherapeutische Fachrichtungen (Fachspezifikum) angeboten werden. Spezifische Einzelinterventionen, die sich hinter den Überbegriffen verbergen (und die unter Umständen im Rahmen der klinisch-psychologischen Ausbildung gelehrt werden), wurden aufgrund der thematischen Breite im Rahmen dieses Projekts nicht näher analysiert. (Kapitel 5, Teil II).

2. Für welche Diagnosen stehen wissenschaftlich gesichert wirksame klinisch-psychologische Behandlungsmethoden zur Verfügung und inwieweit handelt es sich bei den betreffenden Diagnosen um krankheitswertige Störungen, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vorstellbar ist?

- ❖ Aufgrund der Breite des potentiellen Indikationsspektrums klinisch psychologischer Behandlungen, wurden weder in Teil I noch Teil II der vorliegenden Arbeit Wirksamkeitsanalysen zu klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden durchgeführt (indikationsspezifische „Hinweise zur Evidenzlage“ siehe jedoch Kapitel 4, Teil II).
- ❖ Forschungstätigkeit zur Frage der Wirksamkeit psychologischer Interventionen (auf Ebene von systematischen Reviews und HTA-Berichten) wurde in den meisten F-Kategorien des ICD-10 („Psychische und Verhaltensstörungen“) identifiziert. Psychologische Interventionen im Rahmen von somatischen Erkrankungen (z.B. Schmerzen, onkologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensys-

„klinisch-psychologische Behandlung“:

- Literatur/ Lehrbücher/ Gesetz ermöglichen keine klare Definition
- Ausbildungsvergleich international und Stakeholderanalyse des Berichts als Beiträge zu Antwort
- Benennung von „psychological interventions“ aus internationaler Forschungsliteratur

Diagnosen und Behandlungsmethoden:

- keine Wirksamkeitsanalysen durchgeführt
- Literatur (Forschung) zu den meisten F-Kategorien des ICD-10

- tems, Krankheiten des Atmungssystems, Krankheiten des Verdauungssystems, Hauterkrankungen etc.) wurden der Kategorie F54 „Psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ zugeordnet (Kapitel 4, Teil II).
- „Krankheitswertigkeit“:**
- prinzipiell ICD-10 Kategorisierung
 - im ASVG geregelt
 - Refundierung letztlich politische Entscheidung
- „Behandlungsbedarf“**
- nicht allein auf Basis von ICD-10
 - Einsatz von ICF möglich
- Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen:**
- Literatur und Gesetz nicht eindeutig
 - PSY-Berufe überschneiden sich („olympische Ringe“)
 - Ausbildungsvergleich international und Stakeholderanalyse des Berichts liefern Anhaltspunkte für klin. PsychologInnen
 - Versorgung sollte sich an den erworbenen Behandlungskompetenzen orientieren
3. *Wie könnte eine Kompetenzverteilung bzw. Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen der PsychotherapeutInnen einerseits sowie der klinischen PsychologInnen andererseits aussehen, um von vornherein ineffiziente Doppelgleisigkeiten in der Versorgung zu vermeiden?*
- ✦ Weder Literatur und Lehrbücher noch das Psychologengesetz 2013 erlauben eine eindeutige Abgrenzung der sich überschneidenden „olympische Ringe“ der PSY-Berufe (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin).
 - ✦ Die weitgehend synonyme Verwendung der Begriffe „psychologische“ bzw. „psychotherapeutische“ Behandlung in der internationalen Literatur macht deutlich, dass sowohl die Kompetenzverteilung als auch die Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen klinischer PsychologInnen und PsychotherapeutInnen nicht eindeutig ist (Kapitel 3-5, Teil II).
 - ✦ Die in Teil I dargestellten Ausbildungsinhalte geben allgemeine Anhaltspunkte zu den im Rahmen der Ausbildung erworbenen Kompetenzen klinischer PsychologInnen (Kapitel 3, Teil I).
 - ✦ Die Sichtweise der unterschiedlichen Stakeholder wurde in Teil I dargestellt (Kapitel 4, Teil I).
 - ✦ Die Versorgung der PatientInnen sollte sich an deren Behandlungsbedarf (geeignete Therapie für die jeweils vorliegende Störung/ Funktionseinschränkung) und daher folglich daran orientieren, welche Behandlungskompetenzen die jeweiligen LeistungserbringerInnen im Rahmen von qualitätsgesicherten Aus-, Fort- und Weiterbildungen tatsächlich erworben haben, nicht an der formalen Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe.

4. Lassen sich der klinisch-psychologischen Behandlung spezifische Einsatzgebiete bzw. typische Arbeitsfelder, wie etwa bei chronischen, kardiologischen, dementiellen und psychoonkologischen Erkrankungen, bei Stoffwechselerkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Neuropsychologie und Neurorehabilitation in Bezug auf Schlaganfälle, Arbeitsunfälle etc. zuordnen?

- ❖ Diagnosespezifische Einsatzgebiete lassen sich aus der Übersicht der Ausbildungsinhalte nicht ableiten (Kapitel 3, Teil I).
- ❖ Einzelne Stakeholderstellungen geben Hinweise auf potentielle Arbeitsfelder (Kapitel 4, Teil I).
- ❖ Einsatzgebiete für psychologische Interventionen finden sich in den analysierten Forschungsarbeiten sowohl im therapeutischen als auch im präventiven Kontext (Kapitel 4, Teil II).
- ❖ Zu allen in der Fragestellung genannten Arbeitsbereichen (mit Ausnahme von dementiellen Erkrankungen und Neuropsychologie/Neurorehabilitation) wurden Übersichtsarbeiten identifiziert (Kapitel 4, Teil II). Aufgrund der thematischen Breite war es im Rahmen dieses Projekts nicht möglich, sämtliche potentiellen Arbeitsbereiche abzudecken. Weitere Arbeitsfelder könnten u.a. auch die folgenden Bereiche umfassen [78]: z.B. Demenz, neuropsychologische Störungen, Operationsvor- und Nachbetreuung, Gynäkologie, gerontologische Erkrankungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen im Alter.
- ❖ Im Bereich der psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde ein Forschungsdefizit deutlich (Kapitel 4, Teil II).

5. Können insbesondere zu den beschriebenen Bereichen, aber auch darüber hinaus spezifische Störungsbilder, Zielsetzungen der diagnostischen Abklärung, diagnostische Verfahren, Zielsetzungen der klinisch-psychologischen Behandlung, Behandlungsprogramme und Interventionstechniken, Dauer der Behandlung und Frequenz, Literatur für Betroffene in Form eines „Leistungskatalogs klinisch-psychologischer Interventionen“ etwa tabellarisch dargestellt werden?

- ❖ Vom Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) wurde bereits ein Leistungskatalog erstellt.
- ❖ Dieser wurde im Rahmen dieses Berichts keiner Analyse bzw. Bewertung hinsichtlich der Evidenzbasierung unterzogen.
- ❖ Die vorliegende Analyse von Übersichtsarbeiten, HTA-Berichten und Lehrbüchern (Teil II) liefert auf dieser hoch aggregierten Ebene keine näheren Informationen zur Diagnostik (Assessment-instrumenten), Behandlungsdauer und -frequenz, Art der Leistungserbringung (z.B. Programminhalt) und zu den LeistungserbringerInnen (Berufsgruppe) (Kapitel 4, Teil II).
- ❖ Für die Wirksamkeitsüberprüfung einzelner Interventionen in den jeweiligen Indikationsbereichen bedarf es der Erstellung von Einzelassessments, die auch detaillierte Informationen zu Diagnostik, Interventionen, Dauer und Frequenz der Leistungserbringung enthalten sollten.
- ❖ Eine Bewertung (Appraisal) der Ergebnisse des vorliegenden Projektberichts durch die betroffene(n) Berufsgruppe(n) hinsichtlich der Bedeutung für den österreichischen Versorgungskontext ist indiziert. In Folge könnte dies auch eine Kontrastierung mit dem BÖP-Leistungskatalog umfassen.

Einsatzgebiete/ Arbeitsfelder

lt. Literatur:

- Interventionen präventiv & therapeutisch
- zahlreich
- wenig Forschung zu Kindern & Jugendlichen

Leistungskatalog:

- bereits von BÖP erstellt
- im Rahmen des Projekts nicht auf Evidenzbasierung überprüft
- Einzelassessments zur Wirksamkeit wären erforderlich, sollten auch Informationen zu Diagnostik, Dauer, Frequenz, Art der Leistungserbringung enthalten
- Bewertung der Ergebnisse durch Berufsgruppen notwendig

<p>Befähigung zur Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sollte durch gesetzlich definierte Ausbildung prinzipiell gegeben sein - Arbeit mit KlientInnen als PsychotherapeutIn durch Ausbildung zu klinischer/m PsychologIn alleine nicht möglich 	<p>6. <i>Ist bereits gesichert, dass jede/r klinische Psychologe/in tatsächlich zur wirksamen und effizienten (alleinigen) Behandlung der im Rahmen der obigen Fragestellungen geklärten Kompetenzen befähigt ist?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Zu Fragen der Wirksamkeit und Effizienz können auf Basis des vorliegenden Projektberichts keine Aussagen getroffen werden (siehe Fragen 2 und 5). ✳ Grundsätzlich darf angenommen werden, dass eine in ihrem Umfang und ihren Inhalten gesetzlich definierte Ausbildung an einer akkreditierten Ausbildungseinrichtung zur Behandlung befähigt (Kapitel 3, Teil I). ✳ Einige der am häufigsten in der internationalen wissenschaftlichen Literatur genannten Behandlungsmethoden werden in ihrer „Gesamtheit“ in Österreich im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen gelehrt (Kapitel 5, Teil II). Ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung (psychotherapeutisches Fachspezifikum) ist die selbstständige Arbeit mit KlientInnen als PsychotherapeutIn allein auf Basis der Ausbildung zur/m klinischen PsychologIn (Kapitel 3, Teil I) nicht möglich. Spezifische Einzelinterventionen wurden aufgrund der thematischen Breite im Rahmen dieses Projekts nicht näher analysiert.
<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung mit Psychologengesetz 2013 aufgewertet - sollte sich an Ergebnissen (=Kompetenzen der AbsolventInnen) statt Definition von formalen Ausbildungs- erfordernissen orientieren 	<p>7. <i>Reichen die derzeitigen generellen Ausbildungsvoraussetzungen in klinischer Psychologie aus, um eine ausreichende Qualitätssicherung für die „klinisch-psychologische Krankenbehandlung“ zu bieten?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Die Ausbildung zum/zur Klinischen PsychologIn wurde mit dem neuen Psychologengesetz 2013 sowohl quantitativ (z.B. Erhöhung der Stundenzahl in Theorie und Praxis) als auch qualitativ (z.B. verpflichtende Absolvierung von Selbsterfahrungseinheiten) aufgewertet (Kapitel 3, Teil I). ✳ Die gesetzliche (österreichische) Regelung der Ausbildung definiert formale inhaltliche und zeitliche Anforderungserfordernisse (Kapitel 3, Teil I). Aus der Sicht des aktuellen Forschungsstands zur Qualitätssicherung klinisch psychologischer Ausbildung erscheint hingegen eine Orientierung an den Ergebnissen der Ausbildung, also den Kompetenzen der AbsolventInnen, erstrebenswert (Kapitel 6, Teil I).
<p>Erfahrungen aus dem intramuralen Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> - vorliegende Übersicht zu psychologischen Interventionen Setting- unabhängig - würde z.B. Befragung der Berufsgruppe erfordern 	<p>8. <i>Gibt es (nationale wie auch internationale) Forschungsarbeiten oder Tätigkeiten von klinischen PsychologInnen, die seit vielen Jahren im intramuralen Bereich arbeiten, aus denen sich Erkenntnisse im Zusammenhang mit den oben genannten Fragen gewinnen lassen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✳ Aufgrund der gewählten Methode (siehe auch Frage 5) liefert der vorliegende Berichtsteil II eine Übersicht zu psychologischen Interventionen in verschiedenen Indikationsbereichen, unabhängig vom Setting der Leistungserbringung (Kapitel 3-5, Teil II). ✳ Für die Darstellung der Einsatzgebiete und Abbildung der Erfahrungen („Erkenntnisse“) von Klinischen PsychologInnen im intramuralen Bereich empfiehlt sich die Anwendung sozialwissenschaftlicher Methoden (z.B. Fokusgruppen-Interview, Befragung von Klinischen PsychologInnen im klinischen Kontext etc.).

10 Literatur

- [1] Margraf J, editor. Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. Berlin {[u.a]: de Gruyter; 2009.
- [2] Perrez M, Baumann U. Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie. 4., aktualisierte Aufl.. ed. Bern: Huber; 2011. 1220 S. p.
- [3] Laireiter A. Klinisch-psychologische Behandlung. Perspektiven aus Sicht der Klinischen Psychologie und des Psychologengesetzes. Vortrag auf der Tagung „Klinisch-psychologische Behandlung und/ oder Psychotherapie. Abgrenzung und Berührungspunkte“, Sigmund Freud Privatuniversität, 11. Okt. 2013, Wien.
- [4] Kierein M. Klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie aus der Sicht des Psychotherapiegesetzes und des Psychologengesetzes sowie des neuen Psychologengesetzes 2013. Vortrag auf der Tagung „Klinisch-psychologische Behandlung und/ oder Psychotherapie. Abgrenzung und Berührungspunkte“, Sigmund Freud Privatuniversität, 11. Okt. 2013, Wien.
- [5] Sturmey P, Hersen M. Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2012.
- [6] Stade Brenda C, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).
- [7] Meads C, Ting S, Dretzke J, Bayliss S. A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence. Birmingham: West Midlands Health Technology Assessment Collaboration; 2007. 99 p.
- [8] Dennis C-L, Ross Lori E, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(3).
- [9] Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(2).
- [10] Dennis C-L, Hodnett Ellen D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(4).
- [11] Merry Sally N, Hetrick Sarah E, Cox Georgina R, Brudevold-Iversen T, Bir Julliet J, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(12).
- [12] Cox Georgina R, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry Sally N, Parker Alexandra G, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(11).
- [13] Lane Deirdre A, Chong Aun Y, Lip Gregory YH. Psychological interventions for depression in heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(1).
- [14] Lane Deirdre A, Millane Teri A, Lip Gregory YH. Psychological interventions for depression in adolescent and adult congenital heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003(3).
- [15] Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(9).
- [16] Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(12).
- [17] Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp MMH, Tylee A, Wessley S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression 2001. 1-173 p.
- [18] Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review 2012. 1-129 p.
- [19] Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(1).
- [20] Soo C, Tate Robyn L. Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(3).

- [21] Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2).
- [22] Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(3).
- [23] Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(12).
- [24] Hetrick Sarah E, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(7).
- [25] Roberts Neil P, Kitchiner Neil J, Kenardy J, Bisson Jonathan I. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(3).
- [26] Rose Suzanna C, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002(2).
- [27] Roberts Neil P, Kitchiner Neil J, Kenardy J, Bisson Jonathan I. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(3).
- [28] Wide Boman U, Hakeberg M, Carlsson V, Eriksson M, Liljegren A, Sjögren P, et al. Psychological treatment of dental anxiety among adults. Gothenburg: The Regional Health Technology Assessment Centre (HTA-centrum) Region Vastra Gotaland; 2012.
- [29] Jonas D, Cusack K, Forneris C, Wilkins T, Sonis J, Middleton J, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Comparative Effectiveness Review No. 92: Agency for Healthcare Research and Quality*; 2013.
- [30] Hay Phillipa PJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(4).
- [31] Hay Phillipa PJ, Claudino Angélica M, Kaio Marcel H. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001(4).
- [32] Eccleston C, Palermo Tonya M, Williams Amanda CdC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(12).
- [33] Williams Amanda CdC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(11).
- [34] Kisely Steve R, Campbell Leslie A, Yelland Michael J, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(6).
- [35] Uman Lindsay S, Chambers Christine T, McGrath Patrick J, Kisely Steve R. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006(4).
- [36] Eccleston C, Palermo Tonya M, Fisher E, Law E. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(8).
- [37] Edwards Adrian GK, Hulbert-Williams N, Neal Richard D. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(3).
- [38] Anie Kofi A, Green J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(2).
- [39] Anie Kofi A, Massaglia P. Psychological therapies for thalassaemia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001(3).
- [40] Glasscoe Claire A, Quittner Alexandra L. Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(3).
- [41] Shaw Kelly A, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(2).
- [42] Thomas Peter W, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006(1).
- [43] Ramaratnam S, Baker Gus A, Goldstein Laura H. Psychological treatments for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(3).

- [44] Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(8).
- [45] Yorke J, Fleming Sharon L, Shuldham C. Psychological interventions for children with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(4).
- [46] Yorke J, Fleming Sharon L, Shuldham C. Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006(1).
- [47] Zijdenbos Ingeborg L, de Wit Niek J, van der Heijden Geert J, Rubin G, Quartero AO. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(1).
- [48] Timmer A, Preiss Jan C, Motschall E, Rucker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(2).
- [49] Renz A, Ide M, Newton T, Robinson P, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2).
- [50] Ersser Steven J, Latter S, Sibley A, Satherley Philip A, Welbourne S. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(3).
- [51] Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm Birgit A, Ferriter M, et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(6).
- [52] Stoffers Jutta M, Völlm Birgit A, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(8).
- [53] Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(11).
- [54] Dennis Jane A, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney Melanie J, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(12).
- [55] Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, et al. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation 2006. 1-136 p.
- [56] Korczak D, Kister C, Krause-Girth C. Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementär-medizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreiambulanzen. [Efficiency and effectiveness of psychological, psychiatric, social and complementary medical interventions with cry babies (e. g. regulative disorders) in crying ambulances]. Cologne: German Agency for Health Technology Assessment at the German Institute for Medical Documentation and Information (DAHTA DIMDI), 2011.
- [57] Ahmed U, Gibbon S, Jones H, Huband N, Ferriter M, Völlm Birgit A, et al. Psychological interventions for avoidant personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(1).
- [58] Alex R, Ferriter M, Jones H, Duggan C, Huband N, Gibbon S, et al. Psychological interventions for obsessive-compulsive personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(5).
- [59] Cassis F, Emiliani F, Pasi J, Palareti L, Iorio A. Psychological interventions for people with hemophilia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(11).
- [60] Churchill R, Caldwell D, Moore Theresa HM, Davies P, Jones H, Lewis G, et al. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [61] Churchill R, Davies P, Caldwell D, Moore Theresa HM, Jones H, Lewis G, et al. Humanistic therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [62] Churchill R, Moore Theresa HM, Caldwell D, Davies P, Jones H, Furukawa Toshi A, et al. Cognitive behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [63] Churchill R, Moore Theresa HM, Davies P, Caldwell D, Jones H, Lewis G, et al. Psychodynamic therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [64] Hides L, Baker A, Kavanagh D, Proctor D. Psychological interventions for co-occurring depression and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(12).

- [65] Hunot V, Moore Theresa HM, Caldwell D, Davies P, Jones H, Lewis G, et al. Interpersonal, cognitive analytic and other integrative therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [66] Hunot V, Moore Theresa HM, Caldwell D, Davies P, Jones H, Lewis G, et al. Mindfulness-based 'third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(9).
- [67] Jassim Ghufan A, Whitford David L, Grey Ian M. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(10).
- [68] Orgeta V, Spector Aimee E, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(5).
- [69] Patel N, Kellezi B, Williams Amanda CdC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10).
- [70] Ranchor Adelita V, Flear J, Sanderman R, Van der Ploeg Karen M, Coyne James C, Schroevers M. Psychological interventions for cancer survivors and cancer patients in the palliative phase. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(1).
- [71] Roberts Neil P, Roberts Pamela A, Bisson Jonathan I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(11).
- [72] Stoffers Jutta M, Ferriter M, Völm Birgit A, Gibbon S, Jones H, Duggan C, et al. Psychological interventions for people with histrionic personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(3).
- [73] Stoffers Jutta M, Ferriter M, Völm Birgit A, Gibbon S, Jones H, Duggan C, et al. Psychological interventions for people with narcissistic personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(3).
- [74] Tefikow S, Barth J, Trelle S, Strauss Bernhard M, Rosendahl J. Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(7).
- [75] van Wijk A, Buchanan H, Coulson N. Psychological interventions for reducing postoperative morbidity in dental surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(2).
- [76] Veronese A, Hunot V, Cipriani A, Churchill R, Barbui C. Psychological therapies versus pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(3).
- [77] Wright Stephen D, Datta Soumitra S, Kumar A. Psychological interventions for psychosis in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(1).
- [78] ReviewerInnen-Kommentare.
- [79] Patera N, Reinsperger I. Behandlung durch Klinische PsychologInnen, Teil I: Übersicht zu Ausbildungserfordernissen und systematische Stakeholderanalyse zu Aufgabengebieten und Behandlungsmethoden. LBI-HTA Projektbericht Nr. 69a. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2013.

11 Anhang

11.1 Suchstrategie

11.1.1 Cochrane

ID Search

#1 psychol* near (therap* or treatment* or intervention*):ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Technology Assessments (Word variations have been searched)

#2 clinical* near psychol*:ti,ab,kw in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols) and Technology Assessments (Word variations have been searched)

#3 #1 or #2

11.1.2 CRD

1 (psychol* NEAR (therap* OR treatment* OR intervention*):ti)

2 ((clinical NEAR psychol*):ti)

3 #1 OR #2

4 * IN HTA

5 #3 AND #4

11.2 Extraktionstabellen

11.2.1 Cochrane Reviews

Tabelle 11.2-1: Datenextraktion der eingeschlossenen Cochrane Reviews

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Anie K, Massaglia P, 2001, [39]	Psychological therapies for thalassaemia	0	All children and adults diagnosed with beta thalassaemia (major and intermediate), irrespective of phenotype, severity, age, gender and ethnic origin.	<p>This review focuses on 4 main types of psychological interventions:</p> <p>Patient Education: 1. Thalassaemia, 2. Chronic blood transfusions, 3. Iron chelation therapy</p> <p>Cognitive Therapy: 1. Focus on ways of thinking, i.e. automatic thoughts or self-statements and negative thoughts, 2. Monitoring thoughts and feelings, 3. Challenging and re-framing inappropriate thoughts, 4. Attention diversion and distraction, 5. Imagery and hypnosis</p> <p>Behavioural Therapy: 1. Activity monitoring and re-scheduling, 2. Stress monitoring and reduction, 3. Relaxation therapy and biofeedback, 4. Communication skills training including assertiveness training, 5. Goal setting, 6. Enhancing motivation, 7. Problem solving</p> <p>Psychodynamic Psychotherapy: 1. Focus on childhood development and early life experiences, 2. Insight into previous traumatic events</p>	NA	<p>As a chronic disease with a considerable role for self-management, psychological support seems appropriate for managing thalassaemia.</p> <p>However, from the information currently available, no conclusions can be made about the use of specific psychological therapies in thalassaemia. This systematic review has clearly identified the need for well-designed, adequately-powered, multicentre, randomized controlled trials assessing the effectiveness of specific psychological interventions for thalassaemia.</p>
Anie K, Green J, 2012, [38]	Psychological therapies for sickle cell disease and pain	6/ (4 studies involving 223 participants provided data for analysis) (1991-2001)	All children and adults diagnosed with sickle cell disease, irrespective of phenotype, age, gender, race, ethnic origin and setting.	<p>This review focuses on four main types of psychological interventions. All studies that included one or more of the following therapies for managing sickle cell disease and related pain were considered.</p> <p>Patient education: 1. Sickle cell disease and sickle cell pain, 2. Psychological theories of pain experience and pain control</p>	<p>1. Patient education compared with usual treatment, no intervention or control</p> <p>2. Cognitive behavioural therapy compared with usual treatment, no intervention or control</p>	<p>Evidence for the efficacy of psychological therapies in sickle cell disease is currently limited. This systematic review has clearly identified the need for well-designed, adequately-powered, multicentre randomised controlled trials assessing the effectiveness of specific interventions in sickle cell disease.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Cognitive therapy: 1. Focusing on ways of thinking, e.g. automatic thoughts and negative thoughts, 2. Monitoring thoughts and feelings, 3. Challenging and re-framing inappropriate thoughts, 4. Attention diversion and distraction, 5. Imagery and hypnosis</p> <p>Behavioural therapy: 1. Activity monitoring and re-scheduling, 2. Stress monitoring and reduction, 3. Relaxation and biofeedback, 4. Communication skills training including assertiveness training, 5. Goal setting, 6. Enhancing motivation, 7. Problem solving</p> <p>Psychodynamic psychotherapy: 1. Focus on childhood development and early life experiences, 2. Insight into previous traumatic events</p>		
Baumeister H, Hutter N, Bengel J, 2011, [15]	Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease (CAD)	16/4,068 ¹ (1986-2009)	Adults (18 years or older) with CAD (ICD-10: I20-I25) and comorbid depressive disorder (ICD-10: F32/33/34.1; DSM-IV: 296.xx; 300.4; including subthreshold conditions) assessed by standardized interviews, self-reports, medical records or physicians' diagnosis.	Psychological interventions comprise Cognitive Behavioural Therapy, Psychodynamic Psychotherapy, Interpersonal Psychotherapy, other approaches such as Non-directive or Supportive Therapy and Counselling. The mode of delivery was defined as individual, group or family (including couple) therapy carried out by a health care professional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychological intervention vs. usual care 2. Psychological intervention vs. psychological intervention 	Psychological interventions and pharmacological interventions with SSRIs may have a small yet clinically meaningful effect on depression outcomes in CAD patients. No beneficial effects on the reduction of mortality rates and cardiac events were found. Overall, however, the evidence is sparse due to the low number of high quality trials per outcome and the heterogeneity of examined populations and interventions.
Baumeister H, Hutter N, Bengel J, 2012, [16]	Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression	19/1,592 (1997-2011)	Studies investigating adults (≥ 18 years) with diabetes mellitus were included. Depressive disorder (ICD-10: F32/33/34.1; DSM-IV: 296.xx; 300.4; including subthreshold conditions) should have been assessed by standardised interviews, self-reports, medical records or physicians' diagnosis.	Psychological interventions comprised CBT, psychodynamic psychotherapy, interpersonal psychotherapy and other approaches such as non-directive or supportive therapy and counselling. Studies not explicitly labelling their intervention were included if the techniques used could be assigned to one of the categories mentioned. The mode of delivery was defined as individual, group or family (including couple) therapy carried out by a healthcare professional.	Psychological intervention vs. usual care/waiting list control	Psychological and pharmacological interventions have a moderate and clinically significant effect on depression outcomes in diabetes patients. Glycaemic control improved moderately in pharmacological trials, while the evidence is inconclusive for psychological interventions. Adherence to diabetic treatment regimens, diabetes complications, death from any cause, health economics and QoL have not been investigated sufficiently.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
						Overall, the evidence is sparse and inconclusive due to several low-quality trials with substantial risk of bias and the heterogeneity of examined populations and interventions.
Bisson J, Andrew M, 2007, [22]	Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)	33/2,184 ¹ (1989-2004)	Any individual suffering from traumatic stress symptoms with a duration of symptoms of three months or more. At least 70% of participants had to be diagnosed as suffering from PTSD according to DSM or ICD criteria. This review considered studies of adults only. There was no restriction on the basis of severity of PTSD symptoms, type of traumatic event or comorbidity (including major depressive disorder), however, PTSD had to be considered the primary diagnosis for individuals to be included.	This review considered any psychological treatment designed to reduce symptoms of PTSD. The following eligible treatment categories were identified: a) Trauma focused cognitive behavioural therapy (TFCBT) - Any psychological treatment delivered individually that predominantly used trauma focused cognitive, behavioural or cognitive behavioural techniques. This category included exposure therapy. b) Stress management/ relaxation - Any psychological treatment delivered individually that predominantly used non-trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. c) TFCBT Group Therapy - Any approach delivered in a group setting that predominantly used trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques d) Non-trauma focused CBT group therapy - Any approach delivered in a group that predominantly used non-trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. e) Other psychological treatment - Any psychological treatment delivered individually that predominantly used non-trauma focused techniques that would not be considered cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. This category included non-directive counselling, psychodynamic therapy and hypnotherapy.	1. Trauma focused CBT/exposure therapy vs. waitlist/usual care 2. Stress management therapy vs. waitlist/usual care 3. Other Therapies vs. waitlist/usual care 4. Group CBT vs. waitlist/usual care 5. Trauma focused CBT/exposure therapy vs. stress management therapy 6. Trauma focused CBT/ exposure therapy vs. other therapies (supportive counselling/ hypnotherapy/ psychodynamic) 7. Stress management therapy vs. other therapies 8. Group CBT (trauma focused) vs. group CBT (non-trauma focused) 9. EMDR vs. waitlist/ usual care 10. EMDR vs. trauma focused CBT 11. EMDR vs. stress management therapy 12. EMDR vs. other therapies	There was evidence individual TFCBT, EMDR, stress management and group TFCBT are effective in the treatment of PTSD. Other non-trauma focused psychological treatments did not reduce PTSD symptoms as significantly. There was some evidence that individual TFCBT and EMDR are superior to stress management in the treatment of PTSD at between 2 and 5 months following treatment, and also that TFCBT, EMDR and stress management were more effective than other therapies. There was insufficient evidence to determine whether psychological treatment is harmful. There was some evidence of greater drop-out in active treatment groups. The considerable unexplained heterogeneity observed in these comparisons, and the potential impact of publication bias on these data, suggest the need for caution in interpreting the results of this review.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>f) Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR).</p> <p>g) Wait list/usual care - These ranged from no intervention at all to undefined psychological input and/or drug treatment that was not fully described.</p>		
Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S, 2012, [53]	Psychological therapies for pathological and problem gambling	14/1,245 (1997-2011)	Participants were males and females of any age and ethnicity who were identified as pathological or problem gamblers using accepted assessment strategies. These included general clinical interviews (based on DSM criteria) and structured clinical interviews (like the Structured Interview for Pathological Gambling (SCI-PG)) that provide formal diagnoses of pathological gambling. Also included were studies that used self-report assessment tools, like the South Oaks Gambling Screen (SOGS) and the Problem Gambling Severity Index (PGSI) of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI).	<p>This review considered any type of psychological therapy intended to reduce pathological and problem gambling.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitive-behaviour therapy (CBT) CBT included any intervention that was based on a cognitive or behavioural account of the condition, or a combination of the two. In the current update of the review, both individual and group therapy formats were considered together. Stand-alone cognitive therapy and behaviour therapy interventions, as well as interventions adapting both cognitive and behavioural techniques, were also included under the single category. 2. Motivational interviewing therapy Motivational interviewing therapies referred to any treatment that was based predominantly on a motivational interviewing approach to change. Motivational interviewing therapies are often brief and can be delivered as a freestanding treatment. An adaptation of motivational interviewing is called motivational enhancement therapy (MET), which combines motivational interviewing with a standardised assessment of problematic behaviours and personal feedback on results. 3. Integrative therapy Integrative therapies included any interventions that combined significant aspects of different types of treatments (such as CBT and motivational interviewing). 4. Other psychological therapy 	<p>The main types of control conditions considered in this review were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No treatment: includes wait-list control and assessment only 2. Gamblers Anonymous referral Gamblers Anonymous is the parallel organisation to Alcoholics Anonymous (AA), and is a voluntary self-help fellowship that employs abstinent gamblers as peer-counsellors 3. Non-specific treatment component controls: Non-specific treatment controls refer to any therapy condition that provides some general characteristics that are common to different psychological therapies. These include therapist attention, characteristics of therapist or group interaction (such as warmth, empathy and social support), and a treatment rationale that facilitates patient outcome expectancies 	<p>This review supports the efficacy of CBT in reducing gambling behaviour and other symptoms of pathological and problem gambling immediately following therapy. However, the durability of therapeutic gain is unknown. There is preliminary evidence for some benefits from motivational interviewing therapy in terms of reduced gambling behaviour, although not necessarily other symptoms of pathological and problem gambling. However, the findings are based on few studies and additional research is needed to inform conclusions. There is also evidence suggestive of some possible benefit from integrative therapies, and other psychological therapies for pathological and problem gambling. However, there are too few studies and evidence is insufficient to evaluate these therapies. The majority of studies in this review varied in risk of bias, and much of the evidence comes from studies with multiple limitations. The current data may thus reflect overestimates of treatment efficacy.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Cox G, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker A, Hetrick S, 2012, [12]	Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents	10/1,235 (1997-2009)	Children (six to 12 years) and adolescents (13 to 18 years) with a primary diagnosis of depressive disorder, diagnosed by a clinician using Diagnostic and Statistical Manual (DSM) or International Classification of Diseases (ICD) categories.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitive behavioural therapy (CBT) uses cognitive restructuring training and teaching behavioural changes. 2. Behavioural therapy (BT) focuses attention on increasing access to pleasant events and positive reinforcers through the use of activity scheduling and social skills development. 3. Mindfulness training involves concentrating on and attending to, without judgement, whatever is being experienced at the time of intervention. 4. Cognitive therapy (CT) uses cognitive restructuring training. 5. Interpersonal therapy (IPT), whereby the relationship between mood and relationship problems is explored and the focus is on improving relationship skills. 6. Problem-solving therapy (PST), focuses on current problems faced by the participant with evaluation and subsequent development of solutions to such problems. 7. Play therapy (PT) refers to techniques used to engage participants in activities, such as playing, listening to music, or outdoor activities, to assist them in coping and dealing with their problems. It often has psychodynamic underpinnings 8. Humanistic therapy (HT) can be described as 'supportive' therapy, and offers an empathic, non-directive and nonjudgemental approach, based on client-centred principles. 9. Psychodynamic therapy (PDT) is where the therapeutic relationship is used to explore and resolve unconscious conflict through the use of interpretation and transference. <p>In order to simplify and reduce the number of categories, we aimed to group these therapies into four broader groups, based on their theoretical underpinning. The categories are as follows.</p>	<p>We included trials if they compared:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. any psychological therapy with any antidepressant medication; 2. a combination of interventions (psychological therapy plus antidepressant medication) with either psychological therapies or antidepressant medication alone; 3. a combination of interventions (psychological therapy plus antidepressant medication) compared with either intervention (psychological therapy or antidepressants) plus a placebo; 4. a combination of interventions (psychological therapy plus antidepressant medication) with a placebo or 'treatment as usual'. 	<p>There is very limited evidence upon which to base conclusions about the relative effectiveness of psychological interventions, antidepressant medication and a combination of these interventions. On the basis of the available evidence, the effectiveness of these interventions for treating depressive disorders in children and adolescents cannot be established. Further appropriately powered RCTs are required.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<ol style="list-style-type: none"> 1. CBT (including BT, CT, PST as well as mindfulness training and other third wave psychotherapies). 2. Integrative therapy (including IPT and cognitive analytic therapy). 3. Humanistic therapy (including interventions described as supportive therapy). 4. Psychodynamic therapy (including play therapy). 		
Dennis C, Dowswell T, 2013, [9]	Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression	30/16,912 (1995-2011)	Pregnant women and new (less than six weeks postpartum) mothers, including those at no known risk and those identified as at risk of developing postpartum depression. Trials where more than 20% of participants were depressed at trial entry were excluded.	Any form of standard or usual care compared with a variety of non-pharmaceutical interventions - including psycho educational strategies, cognitive behavioural therapy, interpersonal psychotherapy, non-directive counselling, psychological debriefing, various supportive interactions, and tangible assistance – delivered via telephone, home or clinic visits, or individual or group sessions antenatally and/or within the first month postpartum by a professional (e.g., nurse, midwife, childbirth educator, physician, psychiatrist, psychologist) or lay person (e.g., specially trained woman from the community, student, research assistant).	<ol style="list-style-type: none"> 1. All psychosocial and psychological interventions vs. usual care 2. All psychosocial interventions vs. usual care 3. All psychological interventions vs. usual care 	Overall, psychosocial and psychological interventions significantly reduce the number of women who develop postpartum depression. Promising interventions include the provision of intensive, professionally-based postpartum home visits, telephone-based peer support, and interpersonal psychotherapy.
Dennis C, Hodnett E, 2007 [10]	Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression	10/956 (1989-2006)	Women with depressive symptomatology that developed within the first 12 months postpartum, who were identified either via self-report measures (e.g., Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Beck Depression Inventory, (BDI)) or a diagnostic interview (e.g., Structured Clinical Interview for DSM-IV, (SCID)).	<p>Psychological interventions include the following manualised approaches:</p> <p>Cognitive behavioural therapy: CBT is an approach based on the notion that the way an individual perceives an event determines in part how they will respond, both affectively and behaviourally. According to cognitive theory, dysfunctional beliefs and maladaptive information processing lie at the core of many psychiatric disorders. As such, CBT assists individuals in identifying and correcting erroneous beliefs and systematic distortions in information processing with the hopes of reducing distress and enhancing coping efforts</p>	<p>The following treatment comparisons were made:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Psychosocial interventions (e.g. non-directive counselling, support groups) versus standard care or usual care (2) Psychological interventions (e.g. interpersonal psychotherapy, cognitive behavioural therapy) versus standard care or usual care 	Although the methodological quality of the majority of trials was, in general, not strong, the meta-analysis results suggest that psychosocial and psychological interventions are an effective treatment option for women suffering from postpartum depression. The long-term effectiveness remains unclear.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Interpersonal therapy: IPT was initially formulated as a time-limited, weekly outpatient treatment for depression provided by a trained mental health professional. While this method makes no assumption about aetiology, the connection between depressive symptomatology onset and interpersonal problems is used as a treatment focus. IPT as an acute treatment that generally has three phases: (1) diagnosis evaluation, psychiatric/social history (including current social functioning and close relationships, their patterns, and mutual expectations), and linkage between the current interpersonal situation within one of the four interpersonal problem areas (i.e., grief, interpersonal role disputes, role transitions, or interpersonal deficits) to set the framework for treatment; (2) pursuit of strategies (defined in the IPT manual) that are specific to the chosen interpersonal problem area; and (3) encouragement to recognize and consolidate therapeutic gains and develop ways to identify and counter depressive symptoms should they arise again in the future.</p> <p>Psychodynamic therapy: Psychodynamic therapy, also known as insight-oriented therapy, focuses on unconscious processes as they are manifested in a person's present behaviour. The goals of psychodynamic therapy are an individual's self-awareness and understanding of the influence of the past on present behaviour. In its brief form, a psychodynamic approach enables the individual to examine unresolved conflicts and symptoms that arise from past dysfunctional relationships. Several different approaches to brief psychodynamic psychotherapy have</p>	(3) Psychosocial interventions versus psychological interventions	

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				evolved from psychoanalytic theory and have been clinically applied to a wide range of psychological disorders including depression.		
Dennis J, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney M, Duggan C, 2012, [54]	Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending	10/944 (1974-1997)	Adults (aged 18 years old and over) treated in institutional (prison or psychiatric facility) or community settings for sexual behaviours that have resulted in conviction or caution for sexual offences or offences with a sexual element or violent behaviours with a sexual element (for example, murder), or who are seeking treatment voluntarily for behaviours classified as illegal.	All psychological interventions compared with standard care or another psychological therapy. We also planned to include studies of psychological interventions where medication was given as an adjunctive intervention.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behavioural: imaginal desensitization vs. covert sensitization 2. Behavioural: medication plus imaginal desensitization vs. medication alone 3. CBT group therapy vs. no treatment 4. CBT group therapy vs. transtheoretical counseling (cluster) 5. Group psychotherapy vs. probation 	The inescapable conclusion of this review is the need for further randomised controlled trials. While we recognise that randomization is considered by some to be unethical or politically unacceptable (both of which are based on the faulty premise that the experimental treatment is superior to the control - this being the point of the trial to begin with), without such evidence, the area will fail to progress. Not only could this result in the continued use of ineffective (and potentially harmful) interventions, but it also means that society is lured into a false sense of security in the belief that once the individual has been treated, their risk of reoffending is reduced. Current available evidence does not support this belief. Future trials should concentrate on minimising risk of bias, maximising quality of reporting and including follow-up for a minimum of five years 'at risk' in the community.
Dennis C, Ross L, Grigoriadis S, 2007, [8]	Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression	1/38 (2003) 12 studies awaiting classification	Pregnant women identified with antenatal depression (variously defined).	Non-pharmaceutical interventions - including psychoeducational strategies, cognitive behavioural therapy, interpersonal psychotherapy, non-directive counselling, various supportive interactions, and tangible assistance - delivered via telephone, home or clinic visits, or individual or group sessions antenatally by a professional (nurse, midwife, childbirth educator, physician) or lay person (a specially trained woman from the community, a student).	Any form of standard or usual care compared to a variety of non-pharmaceutical interventions	The evidence is inconclusive to allow us to make any recommendations for interpersonal psychotherapy for the treatment of antenatal depression. The one trial included was too small, with a non-generalisable sample, to make any recommendations. [Note: The 12 citations in the awaiting classification section of the review may alter the conclusions of the review once assessed.]
Eccleston C, Palermo T, Fisher E, Law E, 2012, [36]	Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness	35/2,723 (1979-2012)	Parents of children who have endured a chronic illness for three months or more. Parents were regarded as the primary caregiver of a child or adolescent under the age of 19 years.	Studies were included if the interventions were primarily psychological, and had credible, recognisable psychological/ psychotherapeutic content, and were specifically for, or included parents.	RCTs that compared parental psychological interventions with attention control, other active treatment or waiting list control were considered for this review.	There is no evidence on the effectiveness of psychological therapies that include parents in most outcome domains of functioning, for a large number of common chronic illnesses in children.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
			<p>Parents were defined, for the purposes of this review as any adult who adopts the responsibility for the role of parenting the child (this could include biological parent, guardian, other adult family member). There was no lower age limit for the children, however, by the definition of 'chronic illness', the child must be three months or more.</p> <p>The children must also be experiencing one (or more) of the following physical illnesses: headache, recurrent abdominal pain; back pain; idiopathic pain conditions; complex regional pain syndrome (CRPS); rheumatological conditions (e.g. arthritis and fibromyalgia); sickle cell disease; cancer; diabetes mellitus; asthma; traumatic brain injury; inflammatory bowel diseases; skin diseases (e.g. eczema); gynaecological disorders (e.g. chronic dysmenorrhoea and endometriosis).</p> <p>Studies that investigate interventions with parents of children who have 'survived' an illness such as childhood survivors of cancer were also eligible for inclusion.</p>	<p>Psychological interventions were defined as any psychotherapeutic treatment specifically designed to change parent cognition or behaviour, or both, and had the intention of improving parent or child outcomes. The intervention had to aim to provide treatment to the parent rather than teach them to deliver an intervention to their child.</p>		<p>There is good evidence for the effectiveness of including parents in psychological therapies that reduce pain in children with painful conditions. There is also good evidence for the effectiveness of CBT that includes parents for improving the primary symptom complaints when available data were included from chronic illness conditions. Finally, there is good evidence for the effectiveness of problem solving therapy delivered to parents on improving parent problem solving skills and parent mental health. All effects are immediately post-treatment. There are no significant findings for any treatment effects in any condition at follow-up.</p>
Eccleston C, Palermo T, Williams A, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, Law E, 2012, [32]	Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents	37/1,938 (1984-2012)	Children and adolescents (<18 years) reporting persistent, recurrent or episodic pain in any body site, not associated with cancer or similar life threatening malignant disease.	Studies were included if at least one trial arm consisted of a psychological intervention, and a comparator arm used, active treatment, treatment as usual, or waiting list control.	Comparison by active treatment, treatment as usual, waiting list control	Psychological treatments are effective in reducing pain intensity for children and adolescents (<18 years) with headache and benefits from therapy appear to be maintained. Psychological treatments also improve pain and disability for children with non-headache pain. There is limited evidence available to estimate the effects of psychological therapies on mood for children and adolescents with headache and non-headache pain. There is also limited evidence to estimate the effects on disability in

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
						children with headache. These conclusions replicate and add to those of the previous review which found psychological therapies were effective in reducing pain intensity for children with headache and non-headache pain conditions, and these effects were maintained at follow-up.
Edwards A, Hulbert-Williams N, Neal R, 2008, [37]	Psychological interventions for women with metastatic breast cancer	5/511 (1989-2001)	Women with metastatic breast cancer (also known as 'advanced' breast cancer) including both women with metastatic disease present at first diagnosis ('contemporaneous' metastatic disease), and those in whom metastatic disease is diagnosed after the initial diagnosis and treatment phases of disease ('delayed' metastatic disease).	Psychological or (broader) psychosocial interventions in one or more of the categories: 1) Education; 2) Individual psychotherapy; 3) Cognitive behavioural training; 4) Group interventions.	1. Psychological intervention vs. usual practice	There is insufficient evidence to advocate that group psychological therapies (either cognitive behavioural or supportive-expressive) should be made available to all women diagnosed with metastatic breast cancer. Any benefits of the interventions are only evident for some of the psychological outcomes and in the short term. The possibility of the interventions causing harm is not ruled out by the available data.
Ersner S, Latter S, Sibley A, Satherley P, Welbourne S, 2007,[50]	Psychological and educational interventions for atopic eczema in children	5/1,346 (1993-2006)	Children, adolescents or infants with atopic eczema and their caregivers (including parents).	The review only included studies where educational or psychological intervention was the primary intervention to which the experimental group was exposed. <i>Psychological</i> interventions included: 1. Autonomic (body) interventions: relaxation therapies including progressive relaxation and autogenic training; guided imagery (also known as 'visualization'); biofeedback 2. Behavioural interventions: Behavioural management therapy, Behavioural contracting 3. Cognitive interventions: Cognitive Behavioural Therapy and insight orientated approaches, such as Cognitive Analytical Therapy, are other problem-orientated approaches often used in conjunction with behavioural techniques 4. Combination interventions (involving two or more of the above combined): These interventions can fall into different and overlapping categories in accordance with their particular theoretical orientation:	NR	A lack of rigorously designed trials (excluding one recent German study) provides only limited evidence of the effectiveness of educational and psychological interventions in helping to manage the condition of children with atopic eczema. Evidence from included studies and also adult studies indicates that different service delivery models (multi-professional eczema school and nurse-led clinics) require further and comparative evaluation to examine their cost-effectiveness and suitability for different health systems.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Counselling / talking therapies, Hypnotherapy, Family therapy</p> <p>5. Psychodynamic (non-cognitive behavioural therapy): These approaches emphasise motives and drives, and tend to be used by therapists with an analytical persuasion. The aim of the therapy is the formation of a meaningful relationship between client and therapist, which is then used as the context for exploring psychological defences. This includes focusing on the past which can be recalled and understood, e.g. Rogerian and Jungian, and psychoanalytic therapies. The approach varies according to the theoretical framework, for example: Individual therapy and group therapy</p>		
Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H, 2007, [21]	Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD)	8/311 ¹ (1997-2004)	The participants were males and females, treated in any setting, and diagnosed according to a standardised classification system, such as ICD or DSM as having an obsessive compulsive disorder, either alone or comorbid with another disorder. More than 90% of trial participants were required to be aged between 16 and 65 years.	<p>All psychological treatments, grounded within an explicit orientation, structured, delivered on an individual or group basis, and compared with a treatment as usual control. The following psychological treatments were included:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitive behaviour therapy (incorporating both of cognitive and behavioural therapy elements) 2. Cognitive therapy (including some kind of cognitive restructuring training) 3. Behaviour therapy (including exposure or response prevention) 4. Relaxation therapy (including progressive muscle relaxation and mental relaxation techniques) 5. Psychodynamic therapy (insight-oriented therapy exploring unconscious mental processes) 6. Any other psychological treatment (interpersonal therapy, gestalt therapy, biofeedback) 	<p>The treatment as usual control condition included: no treatment, waiting list and usual care/management. Planned treatment comparisons:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. All variants of psychological treatment versus treatment as usual 2. Cognitive-behaviour therapy versus treatment as usual 3. Cognitive therapy versus treatment as usual 4. Behaviour therapy versus treatment as usual 5. Relaxation therapy versus treatment as usual 6. Psychodynamic therapy versus treatment as usual 7. Any other psychological treatment versus treatment as usual 	The findings of this review suggest that psychological treatments derived from cognitive behavioural models are an effective treatment for adult patients with obsessive compulsive disorder. Larger high quality randomised controlled trials involving longer follow up periods are needed, to further test cognitive behavioural treatments, and other psychological approaches, in comparison to each other and control conditions. Future trials should examine the predictors of response to each treatment, and also conduct cost-effectiveness evaluations.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K, 2010, [51]	Psychological interventions for antisocial personality disorder	11/471 (1985-2009)	Men or women 18 years or over with a diagnosis of antisocial personality disorder defined by any operational criteria such as DSMIV, or dissocial personality disorder as defined by operational criteria such as ICD-10. We included studies of people diagnosed with comorbid personality disorders or other mental health problems other than the major functional mental illnesses (i.e. schizophrenia, schizoaffective disorder or bipolar disorder). We placed no restrictions on setting.	We included studies of psychological interventions, both group and individual-based. This included, but was not limited to, interventions such as: 1. Behaviour therapy; 2. Cognitive analytic therapy; 3. Cognitive behavioural therapy; 4. Dialectical behaviour therapy; 5. Group psychotherapy; 6. Mentalisation-based therapy; 7. Nidotherapy; 8. Psychodynamic psychotherapy; 9. Schema focused therapy; 10. Social problem-solving therapy; 11. Therapeutic community treatment.	1. Contingency management plus standard maintenance vs. standard maintenance alone 2. CBT plus treatment as usual (TAU) vs. TAU 3. Social problem-solving therapy with psychoeducation vs. TAU 4. CBT plus standard maintenance v. standard maintenance alone 5. Contingency management plus CBT plus standard maintenance vs. standard maintenance alone 6. "Driving Whilst Intoxicated program" plus incarceration vs. incarceration alone	Results suggest that there is insufficient trial evidence to justify using any psychological intervention for adults with AsPD. Disappointingly few of the included studies addressed the primary outcomes defined in this review (aggression, reconviction, global functioning, social functioning, adverse effects). Three interventions (contingency management with standard maintenance; CBT with standard maintenance; 'Driving Whilst Intoxicated program' with incarceration) appeared effective, compared to the control condition, in terms of improvement in at least one outcome in at least one study. Each of these interventions had been originally developed for people with substance misuse problems. Significant improvements were mainly confined to outcomes related to substance misuse. No study reported significant change in any specific antisocial behaviour. Further research is urgently needed for this prevalent and costly condition.
Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N, 2012, [23]	Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents	14/758 (2000-2011)	Children or adolescents, aged 3 to 18 years, diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD). PTSD was defined as a clinician diagnosis based on DSM-III, III-R, IV or IV-TR or International Classification of Diseases (ICD-10) criteria or other validated scales for PTSD based on these criteria. Children with comorbid conditions such as depression, substance abuse or behavioural disorders were included.	All psychological therapies including but not restricted to: cognitive behavioural therapy (CBT), exposure-based therapy, psychodynamic therapy, narrative therapy, supportive counselling, family-based therapy and EMDR	Comparator intervention: 1. Control (treatment as usual, waiting list controls or no treatment) 2. Another psychological therapy 3. Pharmacological therapy 4. Other treatments	There is evidence for the effectiveness of psychological therapies, particularly CBT, for treating PTSD in children and adolescents for up to a month following treatment. At this stage, there is no clear evidence for the effectiveness of one psychological therapy compared to others. There is also not enough evidence to conclude that children and adolescents with particular types of trauma are more or less likely to respond to psychological therapies than others. The findings of this review are limited by the potential for methodological biases, and the small number and generally small size of identified studies. In addition, there was evidence of substantial heterogeneity in some analyses which could not be

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
						explained by subgroup or sensitivity analyses. More evidence is required for the effectiveness of all psychological therapies more than one month after treatment. Much more evidence is needed to demonstrate the relative effectiveness of different psychological therapies or the effectiveness of psychological therapies compared to other treatments. More details are required in future trials in regards to the types of trauma that preceded the diagnosis of PTSD and whether the traumas are single event or ongoing. Future studies should also aim to identify the most valid and reliable measures of PTSD symptoms and ensure that all scores, total and sub-scores, are consistently reported.
Glasscoe C, Quittner A, 2008, [40]	Psychological interventions for people with cystic fibrosis and their families	13/529 (1994-2006)	Children and adults diagnosed with CF - individuals of all ages, from any ethnic group, and during all stages of the disease process will be included. Parents or carers or both of a child or adult with CF. Siblings of a child or adult with CF. Nuclear family of a child or adult with CF where the individuals with whom the person with CF lives were identified collectively as a family unit.	Any psychological intervention delivered by a trained practitioner certified to deliver the intervention or delivered in consultation with or with supervision from a trained practitioner in one of the following therapeutic approaches: 1. Insight-orientated: a) Individual psychodynamic psychotherapy: Therapeutic interventions that focus on the internalised working model of the recipient and through a process of reflection and insight reduce unconscious conflicts, or replace them with consciously acknowledged problems in order to reach a different understanding of the situation. Group psychodynamic therapy: Any therapeutic intervention that is offered to a group of individuals with a shared aim where the approach uses psychodynamic or object relations' theory. This may include art therapy, psychodrama as well as more formal experiential psychoanalytic groups.	Any psychological intervention compared to no psychological therapy (apart from standard multidisciplinary care) or to an alternative psychological therapy.	Currently no clear evidence exists on the best psychological interventions to help people with CF and their carers manage the disease. Trials of interventions to improve adherence to treatment are needed. Multicentre approaches, with consequent funding implications, will increase the sample size of trials and enhance the power and precision of their findings.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>2. Systemic</p> <p>a) Family therapy: Any form of family systems psychotherapy including structural, strategic, Milan or post-Milan systemic, constructivist, transgenerational and behavioural, solution or problem-focused approaches that concentrate on relationships within the family and those between the family and the wider systems of health, education, occupation and social services.</p> <p>b) Couples therapy: Any form of therapy that treats the parental couple as a discrete entity for intervention and in which the therapy is conducted conjointly. Approaches may be behavioural, interactional, systemic, or psychodynamic in orientation.</p> <p>3. Cognitive</p> <p>a) Cognitive behaviour therapy: A biopsychosocial perspective that may involve the promotion of a rational, empiricist or constructivist approach to the individual's understanding of their situation or enhancement of their problem-solving skills and coping strategies.</p> <p>b) Cognitive analytic therapy: A time-limited, action based approach to promoting the development of skills for managing current situations by integrating psychoanalytic thinking, Kelly's Personal Construct theory and cognitive behavioural approaches with a focus on the development of the individual's personality.</p> <p>4. Behavioural</p> <p>a) Behavioural contracting: A form of therapy that seeks to positively shape the behaviour of the recipients through a system of contingencies, rewards and consequences. This may include parent training programmes and a variety of reward systems (star or sticker</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>charts). The approach may be individually oriented, with families or in a group setting.</p> <p>b) Biofeedback, hypnosis, and relaxation: Where the individual learns how to recognise and take control of internal, autonomic, and physiological responses through a mechanism of feedback, imagery or focused thinking. In the case of biofeedback physiological symptoms, such as high blood pressure, are processed and displayed as auditory or visual information to the patient. The aim is for the individual to change a feature of that display in a desirable direction and as a consequence the symptom it represents.</p> <p>c) Creative and physical therapies: Where insight is not necessary for a successful outcome or where there is no specific cognitive aspect to the treatment. This may include music therapy within a group setting or at home, movement therapy and massage performed by a professional or a family member.</p> <p>5. Educational</p> <p>a) Psychoeducation: An approach where counselling, information-giving, didactic teaching and set tasks lead the recipients to become more accurately informed about the condition and therefore, better equipped to understand the need for medical treatments and good disease management. This type of intervention may be delivered within the hospital setting or in the community via an outreach service mediated through the home or school. The approach may be individually oriented, with families or in a group setting.</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Hay P, Claudino A, Kaio M, 2001,[31]	Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa	7/NR (1990-1997)	People with bulimia nervosa defined by clinical state description or diagnosed by Russell's DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV or ICD-10 criteria, irrespective of gender, age or treatment setting. Participants with both purging and nonpurging type bulimia nervosa, as defined in DSM-IV, were included.	The following individual or group, extensive or intensive psychological treatments were included: i) Cognitive-behaviour therapy ii) Cognitive therapy iii) Behaviour therapy iv) Psychodynamic/psychoanalytic oriented therapy v) Interpersonal therapy vi) Supportive therapy vii) Family therapy viii) Nutritional counselling ix) Any other psychological approach not specified above	Trials were included if they compared antidepressants with psychological treatments or their combination to each single approach during at least 4 weeks.	Using a more conservative statistical approach, combination treatments were superior to single psychotherapy. This was the only statistically significant difference between treatments. The number of trials might be insufficient to show the statistical significance of a 19% absolute risk reduction in efficacy favouring psychotherapy or combination treatments over single antidepressants. Psychotherapy appeared to be more acceptable to subjects. When antidepressants were combined with psychological treatments, acceptability of the latter was significantly reduced.
Hay P, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P, 2009, [30]	Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing	48/3,054 (1985-2007)	Patient characteristics and setting: 1. People of either gender 2. Adults (aged > 16 years) 3. Recruited from the community (e.g. volunteers from newspaper advertisements) or primary, secondary or tertiary clinical units 4. Treated in primary, secondary or tertiary sectors Diagnosis: The primary diagnoses comprised: 1. Purging and non-purging bulimia nervosa (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV diagnostic criteria); or equivalent diagnostic criteria, for example, ICD-10 2. Binge eating disorder (DSM-IV diagnostic criteria) 3. Eating disorders not otherwise specified (EDNOS), with recurrent binge eating episodes (DSM-IV diagnostic criteria).	Psychotherapy interventions were categorised as follows: 1. Cognitive behaviour psychotherapy or CBT: For the purpose of this review, this is a psychotherapy that uses the specific techniques and model of cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa as described by Fairburn and colleagues, but not necessarily the number of sessions or specialist expertise. The classic form of CT-BN, developed in Oxford, consists of 19 sessions over about 20 weeks. In the analyses comparing CBT to pure self-help, guided self-help when guided by someone with some expertise, was thus categorised as CBT. In trials of bulimia nervosa, data were analysed for both the broader "CBT" and the strict "CBT-BN" 2. Nutritional counselling (as an adjunct to a psychological treatment) 3. Interpersonal psychotherapy or IPT 4. Hypnotherapy 5. Psychoanalytic or psychodynamic psychotherapy	The control condition comprised: 1. No treatment, to include waiting list 2. Other psychotherapy approaches, as categorised above	There is a small body of evidence for the efficacy of CBT in bulimia nervosa and similar syndromes, but the quality of trials is very variable and sample sizes are often small. More and larger trials are needed, particularly for binge eating disorder and other EDNOS syndromes. There is a need to develop more efficacious therapies for those with both a weight and an eating disorder.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>6. Any other psychotherapy including BWLT (behavioural weight loss treatment) for overweight binge eaters</p> <p>7. "Pure self-help" - this specifically refers to modified forms of the classic CBT as described above, delivered without therapeutic guidance (in this review by reading a book).</p>		
Hetrick S, Purcell R, Garner B, Parslow R, 2010, [24]	Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD)	4/124 (2003-2008)	<p>Patients of any age or gender with a primary diagnosis of PTSD, diagnosed by a clinician using a structured or semi structured interview based on DSM or ICD. Participants with sub-clinical symptoms were also included. Subclinical symptoms were defined as at least one symptom in each of the three symptom clusters (re-experiencing, avoidance, arousal) or any acceptable definition adopted by the trialist.</p> <p>Chronic (>2 years or as defined by the trialist) and recent onset (<2 years or as defined by the trialist) PTSD with any length of untreated illness, and of any severity (as defined by the trialist usually as a score on a PTSD scale), arising from any type of event relevant to the diagnostic criteria, including and grouped according to: 1. interpersonal events; 2. disaster or accidents; 3. combat; and 4. witnessing an event, were included.</p> <p>Those with psychiatric comorbidity, except psychotic illness, were included.</p>	Combination of any type of pharmacotherapy and any type of psychological therapy were included, including individual and group therapies. Categories of psychological therapy comprise cognitive and/or behavioural approaches (including exposure therapy and trauma-focused CBT), eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR), interpersonal therapy, supportive counselling and psychodynamic treatments.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waitlist control 2. Pharmacotherapy placebo (which may be used in conjunction with psychological therapy) 3. Standard treatment 4. Pharmacotherapy alone 5. Psychological therapy alone 	There is not enough evidence available to support or refute the effectiveness of combined psychological therapy and pharmacotherapy compared to either of these interventions alone. Further large randomised controlled trials are urgently required.
Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M, 2007, [19]	Psychological therapies for generalised anxiety disorder	25/1,305 (1980-2003)	Male and female adults, aged between 18-75 years, treated in a primary, secondary or community setting, were eligible for inclusion. Studies conducted in an in-patient setting were excluded.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cognitive behavioural therapy 2. Psychodynamic therapy 3. Supportive Therapy: Supportive therapy (ST) was categorised into active and inactive conditions. Active ST was included in the comparison 	The control comparison included treatment as usual (TAU) (also called standard care, usual care or no treatment) and waiting list (WL).	Psychological therapy based on CBT principles is effective in reducing anxiety symptoms for short-term treatment of GAD. The body of evidence comparing CBT with other psychological therapies is small and

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
			<p>The primary diagnosis comprised generalised anxiety disorder (GAD), including neurotic anxiety, but excluding social phobia, panic disorder, post-traumatic stress disorder, simple phobias and obsessive-compulsive disorder. Studies involving participants with comorbid physical or common mental disorders were eligible for inclusion, as long as the comorbidity was secondary to the diagnosis of generalised anxiety disorder.</p>	<p>of all psychological therapies versus treatment as usual/waiting list. STs were included as other psychological therapies in comparisons with CBT.</p> <p>Active supportive therapy: a) Rogerian person-centred therapy, b) Gestalt therapy, c) Transactional analysis, d) Counselling</p> <p>The psychological intervention was required to be delivered face to face between the patient and therapist. Psychological therapies conducted on either an individual or on a group basis were eligible for inclusion. However, psychological therapies comprising couples therapy and family therapy were excluded.</p>	<p>Main Comparison:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. All psychological therapies versus treatment as usual/waiting list, stratified by psychological model: <ol style="list-style-type: none"> a) Cognitive behavioural therapy versus treatment as usual/waiting list b) Psychodynamic therapy versus treatment as usual/waiting list c) Supportive therapy versus treatment as usual/waiting list 2. Cognitive behavioural therapy versus psychodynamic therapy 3. Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy, stratified by type of supportive therapy: <ol style="list-style-type: none"> a) Cognitive behavioural therapy versus active supportive therapy b) Cognitive behavioural therapy versus inactive supportive therapy 4. Psychodynamic therapy versus supportive therapy, stratified by type of supportive therapy: <ol style="list-style-type: none"> a) Psychodynamic therapy versus active supportive therapy b) Psychodynamic therapy versus inactive supportive therapy 5. Cognitive therapy versus behavioural therapy 	<p>heterogeneous, which precludes drawing conclusions about which psychological therapy is more effective. Further studies examining non-CBT models are required to inform health care policy on the most appropriate forms of psychological therapy in treating GAD.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Kisely SR, Campbell L, Yelland M, Paydar A, 2012, [34]	Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy	15/803 (1990-2011)	<p>People presenting with chest pain who have normal anatomy as assessed on clinical history, cardiac enzymes, electrocardiograms, exercise electrocardiograms or coronary angiography. Diagnoses included NSCP, atypical chest pain, syndrome X, or chest pain with normal coronary anatomy (as either inpatients or outpatients).</p> <p>Psychiatric co-morbidity was included, although patients who were receiving drug therapy for psychiatric disorders were excluded.</p>	<p>1. Cognitive behavioural therapy: CBT, for the purposes of this review is based on the definition employed by Jones et al (2004). In order to be classified as 'well defined' the intervention must clearly demonstrate the following components:</p> <p>(1) the intervention involves the recipient establishing links between their thoughts, feelings and actions with respect to the target symptom;</p> <p>(2) the intervention involves the correction of the person's misperceptions, irrational beliefs and reasoning biases related to the target symptom;</p> <p>(3) the intervention should involve either or both of the following:</p> <p>(a) the recipient monitoring his or her own thoughts, feelings and behaviours with respect to the target symptom;</p> <p>(b) the promotion of alternative ways of coping with the target symptom. All therapies that do not meet these inclusion criteria and are described as 'CBT' or 'cognitive therapy' were labelled as 'less-well defined' CBT. The exact nature of 'less-well defined' therapies was established through contact with study authors.</p> <p>2. Relaxation therapy: Relaxation therapy consists of alternating tension and relaxation of various muscle groups. Some studies have added imagery to the relaxation.</p> <p>3. Hyperventilation control: Hyperventilation control techniques consist of an explanation of how hyperventilation can contribute to symptoms. Control of hyperventilation can be achieved by holding the breath for 20 seconds and then breathing on a six-second cycle (10 breaths per minute). Breathing should be as light as possible and preferably diaphragmatic. Additional relief can be obtained from either breathing into cupped hands or into a re-breathing bag for one to two minutes</p>	<p>1. Standard care: Standard care was considered to include no change to normal daily activities, and no care in the context of the study, but patients were free to use any health agencies (such as their general practitioner (GP) or medical specialist) on their own initiative. The category 'standard care' also incorporates 'waiting list control groups' where participants receive drug or other interventions.</p> <p>2. 'Attention' placebo: Interventions where participants are involved in education.</p> <p>3. No intervention: Untreated control group.</p>	<p>This review suggests a modest to moderate benefit for psychological interventions, particularly those using a cognitive-behavioural framework, which was largely restricted to the first three months after the intervention. Hypnotherapy is also a possible alternative. The evidence for brief interventions was less clear. Further RCTs of psychological interventions for NSCP with follow-up periods of at least 12 months are needed.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>every five minutes until symptoms abate.</p> <p>4. Hypnotherapy: Hypnosis can be induced by eye closure, followed by progressive muscular relaxation and standard deepening techniques. Suggestions for normalisation of function and sensitivity are made using both imagery and conditioning techniques.</p> <p>5. Other psychotherapy/ talking/ counselling therapy: Any psychological intervention described as behavioural therapy such as psychosocial interventions such as non-directive counselling and supportive therapy and other 'talking therapies'.</p>		
Lane D, Millane T, Lip G, 2003, [14]	Psychological interventions for depression in adolescent and adult congenital heart disease	0	<p>Adolescents (aged 15 to 17 years) and adults (aged 18 years and older) with congenital abnormalities of the heart or great vessels, defined by clinical diagnosis using either single or in combination echocardiography, angiography and other diagnostic procedures, with or without depression were considered eligible for inclusion in this review. Depression was defined as either major depression or depressive symptomology (above or below a predefined cut-off on the questionnaires employed in each study).</p>	<p>1. Cognitive behavioural therapy: Cognitive behavioural therapy, for the purposes of this review, was based on the definition employed by Jones et al (2004). The intervention was classified as 'well-defined' if it demonstrated clearly that a component of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) involved the recipients establishing links between their thoughts, feelings, and actions with respect to the target symptom; and (ii) the correction of the persons misconceptions, irrational beliefs and reasoning biases related to the target symptom. <p>In addition, a further component of the intervention should have involved either or both of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) the recipient monitoring his or her own thoughts, feelings and behaviours with respect to the target symptom; and (ii) the promotion of alternative ways of coping with the target symptom. <p>2. Psychotherapy: Any psychological intervention described as non-cognitive behavioural therapy.</p> <p>3. Talking or counselling therapy: Other psychosocial interventions such as non-directive counselling and supportive therapy and other 'talking therapies'.</p>	Three interventions (Cognitive behavioural therapy, psychotherapy, talking/counselling therapy) were compared with no intervention or no treatment.	Depression is common in patients with congenital heart disease and can exacerbate the physical consequences of the illness. There are effective pharmacological and non-pharmacological treatments for depression, but we have not been able to identify any trials showing the effectiveness of non-pharmacological treatments. A well designed randomised controlled trial is needed to assess the effects of psychological interventions for depression in congenital heart disease.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Lane D, Chong A, Lip G, 2005, [13]	Psychological interventions for depression in heart failure	0	Adults (aged 18 years or older) with heart failure, defined as New York Heart Association grade I to IV at rest or during exercise, with or without objective evidence of left ventricular dysfunction (i.e., echocardiography or radionuclide ventriculography) at rest, with depression were considered eligible for inclusion in this review. Depression was defined as either major depression and/or depressive symptomatology (above or below a predefined cut-off on the questionnaire employed in each study).	All non-pharmacological psychological interventions delivered by healthcare workers with specific training in these techniques were considered. These interventions included cognitive-behavioural therapy (based on the definition employed by Jones 2001), psychotherapy (encompassing psychodynamic and interpersonal therapy and any psychological intervention described as non-cognitive behavioural therapy), other psychosocial interventions (such as non-directive counselling and supportive therapy and other 'talking therapies'), and interventions where participants were involved in educational, relaxation or exercise programmes.	Trials were only considered where the comparison group was usual care or no intervention.	Depression is common among patients with heart failure. Randomised controlled trials of psychological interventions for depression in heart failure patients are needed to investigate the impact of such interventions on depression, quality of life, behavioural CVD risk factors, cardiac morbidity, health economics and mortality, given the paucity of such trials in this area and the increasing prevalence of heart failure.
Merry S, Hetrick S, Cox G, Brudevold-Iversen T, Bir J, McDowell H, 2011, [11]	Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents	53/14,406 (1990-2010)	Studies were included if the subjects were children and adolescents (aged 5 to 19 years) who did not currently meet the criteria for a clinical diagnosis of depressive illness, although they may have had sub-clinical symptoms of depression. Studies that included participants with a history of depression were included if the intervention was aimed at prevention of depression in a non-clinical setting, and where the participants were not being currently treated for depression.	In this review we have included both psychological and educational prevention programmes. We have defined psychological interventions broadly as those that target psychological processes thought to be involved in the development of depression and educational interventions are those that provide education about depression, its causes and what could be done about it in a broad sense. However, the two can overlap, especially when psychological interventions include some psycho-education. Early studies have investigated purely educational programmes but these were largely ineffective and the emphasis since the last review has been on psychological interventions. The main modality employed by investigators was based on cognitive behavioural therapy, but some used other approaches such as play therapy. The way interventions are delivered varies. In this review most interventions are delivered in groups, but in this review we have some studies investigating the use of computers to deliver interventions.	Studies on depression prevention were included if they compared the efficacy of educational or psychological interventions with the efficacy of placebo, any comparison intervention, or no intervention in children and adolescents.	There is some evidence from this review that targeted and universal depression prevention programmes may prevent the onset of depressive disorders compared with no intervention. However, allocation concealment is unclear in most studies, and there is heterogeneity in the findings. The persistence of findings suggests that this is real and not a placebo effect.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Ramaratnam S, Baker G, Goldstein L, 2008, [43]	Psychological treatments for epilepsy	19/1,385 ¹ (1983-2009)	Men, women and children of any age with any type of epilepsy, with or without learning disabilities, who were either taking or not taking antiepileptic drugs (AEDs).	Psychological or behavioural modification therapies such as the use of relaxation therapy, cognitive behavioural therapy, bio-feedback, counselling, suggestion, hypnotherapy, conditioning, systematic desensitization, behavioural countermeasures at seizure onset applied by the patient or another person, physical therapies, massage, aromatherapy, music or dance therapy. These interventions may have been given singly or in combination, either alone or as an add on to AEDs.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaxation therapy vs. control 2. Cognitive behavioural therapy vs. control 3. Galvanic skin response biofeedback 4. Cognitive behavioural therapy vs. Yoga 	In view of methodological deficiencies and the limited number of individuals studied, we have found no reliable evidence to support the use of psychological treatments and further trials are needed. Since the last version of this review, none of the new relevant studies have provided additional information to change the conclusions.
Renz A, Ide M, Newton T, Robinson P, Smith D, 2008, [49]	Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases	4/344 (1991-1997)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participants aged 18 or over. This cut off point was selected due to a combination of psychological and clinical considerations. 2. Patients with periodontal disease. 'Periodontal disease' for the purpose of this review was defined on the basis of diagnosis from a dental clinician. This included diagnoses of gingivitis and periodontitis. 3. Studies sampling male or female participants or both were considered for inclusion in this review. 4. Studies sampling special populations (those who are at a greater risk for periodontal disease) were also considered for inclusion; these groups include smokers and pregnant women. 	<p>Included papers for the review used interventions designed to increase adherence to oral hygiene advice, which have used one of the following psychological models or theories as a framework for designing the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> Health Belief Model (HBM) (Rosenstock 1966; Rosenstock 1974) Theory of Reasoned Action (TRA) (Fishbein 1975) Theory of Planned Behaviour (TPB) (Ajzen 1988) Self Efficacy Model (Bandura 1977) Transtheoretical Model (Stages of Change) (Prochaska 1984) Protection Motivation Model (Rogers 1975) Health Locus of Control (HLOC) (Wallston 1982) Implementation Intentions (Gollwitzer 1993) Unrealistic Optimism Bias (Weinstein 1980) Self Regulatory Model (Leventhal 1987) Health Action Process Approach (HAPA) (Schwarzer 1992; Schwarzer 1999) 	<p>Included studies had to have a control group or at least one alternative intervention group (psychological or non-psychological) or both for the psychological intervention to be compared to.</p> <p>A control group was defined as a group that only received the standard treatment programme.</p> <p>The alternative intervention group could have any theoretical basis; it did not have to be psychological.</p>	There is tentative evidence from low quality studies that psychological approaches to behaviour management can improve oral hygiene related behaviours. However, the overall quality of the included trials was low. Furthermore, the design of the interventions was weak and limited, ignoring key aspects of the theories. Thus, there is a need for greater methodological rigour in the design of trials in this area.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Precaution Adoption Process Model (PAPM) (Weinstein 1998)</p> <p>Outcome Expectancy (Bandura 1977)</p> <p>Cognitive Hypothesis Model of Compliance (Ley 1982)</p> <p>Social Learning Theory (Bandura 1986)</p> <p>Operant and Classical Conditioning (Skinner 1938).</p> <p>Considered papers had to clearly state that a psychological model or theory had been used, and target at least one variable identified in the theory or the model in the intervention.</p> <p>Group and individual interventions were both included, provided they were based on one of the specified psychological models or theories.</p>		
Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, Bisson J, 2009, [25]	Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder	11/941 (1993-2007)	<p>Any individual exposed to a traumatic event. For the purposes of the review, an event was considered to be traumatic if it was likely to meet criterion A1 of DSM-IV for PTSD. Therefore, the majority of participants in included studies were considered to have experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others.</p> <p>Studies that enlisted participants who met a certain symptom profile (e.g. ASD, acute PTSD, depression) were excluded from the review.</p> <p>The review considered studies involving adults only.</p>	<p>This review considered any multiple session early psychological intervention designed to prevent symptoms of traumatic stress, and begun within three months of a traumatic incident.</p> <p>For the purpose of the review a psychological intervention included any specified non-pharmaceutical intervention aimed at preventing the onset of PTSD offered by one or more health professional or lay person, with contact between therapist and participant on at least two occasions. We decided a priori that eligible intervention categories would include forms of psychological therapy based on a specified theoretical model. These were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) – any psychological intervention that predominantly uses trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. This category includes exposure therapy. 2. Stress management/relaxation - any psychological intervention that predominantly uses non-trauma focused cognitive, behavioural or 	Any early intervention vs. waiting list/ usual care	The results suggest that no psychological intervention can be recommended for routine use following traumatic events and that multiple session interventions, like single session interventions, may have an adverse effect on some individuals. The clear practice implication of this is that, at present, multiple session interventions aimed at all individuals exposed to traumatic events should not be used. Further, better designed studies that explore new approaches to early intervention are now required.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>cognitive-behavioural techniques.</p> <p>3. TF-CBT Group Therapy - any approach delivered in a group setting that predominantly uses trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques.</p> <p>4. Cognitive behavioural therapy (CBT) - any psychological intervention that predominantly uses non-trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. This category excludes the use of exposure therapy.</p> <p>5. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) - any psychological intervention that predominantly uses EMDR.</p> <p>6. Non-trauma focused CBT group therapy - any approach delivered in a group that predominantly uses non-trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques.</p> <p>7. Other psychological intervention - any psychological intervention that predominantly uses non-trauma focused techniques that would not be considered cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. This category includes non-directive counselling, psychodynamic therapy and hypnotherapy.</p> <p>We also decided a priori that eligible interventions would include non-pharmaceutical interventions that were not based or only partially based on a specified theoretical model but that nevertheless aim to reduce symptoms of traumatic stress, to include the following categories:</p> <p>8. Education or information giving intervention - Any intervention which predominantly provides only education or information about possible future difficulties and/ or offers advice about constructive</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>means of coping.</p> <p>9. Stepped care - Any a priori specified care plan which offers intervention in a stepped care manner based on the continuing needs of the included participants.</p> <p>10. Interventions aimed at enhancing positive coping skills and improving overall wellbeing - Any non-pharmaceutical intervention which aims to improve wellbeing such as an occupational therapy intervention, an exercise based intervention or a guided self-help intervention.</p>		
Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, Bisson J, 2010, [27]	Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms	15/1,216 ¹ (1996-2009)	<p>Any individual exposed to a traumatic event, beginning psychological intervention within three months of the incident. For the purposes of the review, an event was considered to be traumatic if it was likely to meet criterion A1 of DSM-IV for PTSD. Therefore, the majority of participants in included studies were considered to have experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others. There was no restriction on the basis of severity of ASD or PTSD symptoms, type of traumatic event or co-morbidity.</p> <p>The review considered studies involving adults only.</p>	<p>This review considered any psychological intervention or treatment designed to treat or reduce symptoms of traumatic stress in individuals who were identified as being symptomatic at the time that they entered into a study.</p> <p>For the purpose of the review a psychological intervention included any specified non-pharmaceutical intervention aimed at reducing traumatic stress symptoms offered by one or more health professional or lay person, with contact between therapist and participant on at least two occasions.</p> <p>We decided a priori that eligible intervention categories would include forms of psychological therapy that were based on a specified theoretical model. These were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) – Any psychological treatment that predominantly uses trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques on an individual basis. This category includes exposure therapy. 2. TF-CBT Group Therapy - Any approach delivered in a group setting that predominantly uses trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. 3. Eye Movement Desensitisation and 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma focused CBT vs. waiting list 2. Structured writing intervention vs. minimal intervention 3. Trauma focused CBT vs. supportive counselling 	<p>There was evidence that individual TF-CBT was effective for individuals with acute traumatic stress symptoms compared to both waiting list and supportive counselling interventions. The quality of trials included was variable and sample sizes were often small. There was considerable clinical heterogeneity in the included studies and unexplained statistical heterogeneity observed in some comparisons. This suggests the need for caution in interpreting the results of this review. Additional high quality trials with longer follow up periods are required to further test TF-CBT and other forms of psychological intervention.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Reprocessing (EMDR) - Any psychological treatment that predominantly uses EMDR on an individual basis.</p> <p>4. Non-trauma focused CBT therapy - Any approach (such as stress management or relaxation) delivered in a group or on an individual basis that predominantly uses non-trauma focused cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques.</p> <p>5. Other psychological treatment - Any psychological treatment, delivered on an individual basis, that predominantly uses nontrauma focused techniques that would not be considered cognitive, behavioural or cognitive-behavioural techniques. This category includes non-directive counselling, psychodynamic therapy and hypnotherapy.</p> <p>We also decided a priori that eligible interventions would include non-pharmaceutical interventions that were not based or only partially based on a specified theoretical model but that nevertheless aim to reduce symptoms of traumatic stress, to include the following categories:</p> <p>6. Education or information giving intervention - Any group based or individual intervention which predominantly provides only education or information about possible future difficulties and/or offers advice about constructive means of coping.</p> <p>7. Stepped care - Any, individual based, a priori specified care plan which offers intervention in a stepped care manner based on the continuing needs of the included participants.</p> <p>8. Interventions delivered on an individual basis aimed at enhancing positive coping skills and improving overall wellbeing – Any non-pharmaceutical intervention which</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				aims to improve well-being such as an occupational therapy intervention, an exercise based intervention or a guided self-help intervention.		
Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S, 2002, [26]	Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)	15/NR (1979-2004)	Persons aged 16 and above exposed to a traumatic event. The index event must have taken place no more than 4 weeks prior to the intervention.	Any single session psychological intervention that involves some reworking/reliving/ recollection of the trauma and subsequent emotional reactions. These interventions may be described by trial authors as psychological debriefing; stress debriefing; critical incident stress debriefing; crisis intervention; psychiatric stress debriefing; multiple stressor debriefing; traumatic event debriefing; trauma debriefing. Some interventions labelled as cognitive or behavioural may also satisfy criteria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debriefing vs. Control 2. Debriefing vs. Educational intervention 3. Immediate Debriefing vs. Delayed Debriefing 	There is no evidence that single session individual psychological debriefing is a useful treatment for the prevention of post traumatic stress disorder after traumatic incidents. Compulsory debriefing of victims of trauma should cease. A more appropriate response could involve a 'screen and treat' model.
Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J, 2005, [41]	Psychological interventions for overweight or obesity	36/3,495 (1973-2001)	Studies were limited to adult participants only (aged over 18 years). Studies included adults with overweight or obesity at study baseline according to any parameter (e.g. body mass index, waist measurement, waist-to-hip ratio). Over the years, the diagnostic criteria and classification of obesity have changed several times. To be consistent with changes in classification and diagnostic criteria of obesity through the years, the diagnosis needed to have been established using the standard criteria valid at the time of the beginning of the trial. Changes in diagnostic criteria were considered for exploration in sensitivity analyses.	<p>Studies that stated they included a psychological intervention were not included within the analyses unless the type of psychological intervention was able to be identified. Individual and group therapies were included. All types of psychological interventions were considered for inclusion.</p> <p>It is common for psychological interventions to be prescribed in conjunction with dietary and exercise interventions. The analysis included the following subcategories:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psychological intervention versus no treatment; Psychological intervention versus different type of psychological intervention; Psychological intervention plus diet and / or exercise versus control plus diet and/ or exercise. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behaviour therapy vs. control 2. Behaviour therapy plus diet/ exercise vs. diet/ exercise 3. more intensive vs. less intensive behaviour therapy 4. Cognitive behaviour therapy plus diet/ exercise vs. diet/ exercise 	People who are overweight or obese benefit from psychological interventions, particularly behavioural and cognitive-behavioural strategies, to enhance weight reduction. They are predominantly useful when combined with dietary and exercise strategies. The bulk of the evidence supports the use of behavioural and cognitive-behavioural strategies. Other psychological interventions are less rigorously evaluated for their efficacy as weight loss treatments.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Soo C, Tate R, 2007, [20]	Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury	3/60 (1982-2005)	<p>People with traumatic brain injury (TBI) aged five years and over were the focus of this review.</p> <p>A TBI was defined as a traumatically-induced physiological disruption of brain function, as manifested by at least one of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. any period of loss of consciousness; 2. any loss of memory for events immediately before and after the trauma; 3. any alteration in mental state at the time of the trauma (for example, feeling dazed, disorientated or confused); or 4. focal neurological deficit(s) resulting from the trauma that may or may not be transient. <p>All levels of severity of TBI were included as defined by Glasgow Coma Scale (GCS) scores, duration of post-traumatic amnesia (PTA), radiological measures or other standard indices of severity.</p> <p>Anxiety included both diagnosis of anxiety disorders as well as anxiety symptomatology, as follows:</p> <p>Diagnostic criteria of the Diagnostic Statistical Manual - fourth edition (DSM-IV) or International Classification of Diseases (ICD), including one or more of post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, generalised anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, overanxious disorder, panic disorder, agoraphobia, separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, social phobia and school phobia; or</p>	<p>Any form of psychological treatment aimed at reducing anxiety, with or without pharmacological treatment, were included in the review.</p> <p>Psychological treatments included behaviour therapy, cognitive therapy, psychoanalytic therapy, education, counselling, social skills training, cognitive rehabilitation, neurorehabilitation or other (for example, family therapy). There was no restriction on the duration of treatment.</p>	NR	<p>This review provides some evidence for the effectiveness of CBT for treatment of acute stress disorder following mild TBI and CBT combined with neurorehabilitation for targeting general anxiety symptomatology in people with mild to moderate TBI. These findings need to be viewed in light of the small number, small sample size and heterogeneous characteristics of current trials published in this area. More trials focusing on comparable psychological interventions, severity of injury of participants and diagnosis of anxiety disorder(s) are needed.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
			Anxiety symptomatology as indicated by self-report or observer report on standardised and non-standardised questionnaires. In cases where studies allowed, specific tables categorising different anxiety diagnosis and stratification of studies by age group (5 to 12 years, 13 to 17 years, 18 to 64 years and 65 years plus) were included. Individuals with concurrent diagnosis of depression were also included. Those who were taking concurrent medications for physical illnesses (for example, anti-hypertensive drugs) were not excluded.			
Stade B, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D, 2009, [6]	Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy	4/175 (1995-2007)	Pregnant women or women planning pregnancy who consume alcohol, and who are participating in studies examining psychological or educational interventions to reduce alcohol use. Alcohol consumption would be demonstrated by women's self-report or by urine or blood screening for alcohol.	<p>Psychological and/or educational interventions during pregnancy or 12 months before conception for women planning pregnancy.</p> <p><i>Psychological interventions</i> include cognitive-behavioural therapy, brief psychodynamic psychotherapy, interpersonal psychotherapy and supportive counselling/therapy.</p> <p><i>Educational interventions</i> include brief educational counselling sessions, structured long-term educational programs with motivational enhancement interventions (greater than five sessions), individual focused educational strategies, family-focused programs, professional group education interventions and self-help group educational interventions.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Brief alcohol reduction intervention vs. alcohol assessment only Brief cognitive behavioural intervention vs. usual advice 	The evidence from the limited number of studies suggests that psychological and educational interventions may result in increased abstinence from alcohol, and a reduction in alcohol consumption among pregnant women. However, results were not consistent, and the paucity of studies, the number of total participants, the high risk of bias of some of the studies, and the complexity of interventions limits our ability to determine the type of intervention which would be most effective in increasing abstinence from, or reducing the consumption of, alcohol among pregnant women.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Stoffers J, Völlm B, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K, 2012, [52]	Psychological therapies for people with borderline personality disorder	28/1,804 (1991-2010)	Adults (aged 18 years or over) with a diagnosis of BPD according to DSM criteria, however diagnosed.	<p>Experimental interventions comprised any well-defined, theory-driven psychotherapeutic treatment. We considered all types of psychotherapy, regardless of theoretical orientation or treatment setting, including, for example, psychodynamic therapy, CBT, systemic therapy or eclectic therapies designed for BPD treatment. We also included any kind of treatment setting, that is, inpatient, outpatient or partially hospitalised. Trials on relaxation techniques and patient education programs were also eligible.</p> <p>After all relevant trials had been identified and the variety of types of interventions became clear, we decided to arrange the results according to classes of interventions, and defined these classes as follows:</p> <p>a) comprehensive psychotherapies: includes individual psychotherapy as substantial part of the intervention; additional group therapy may or may not be included; duration of at least three months;</p> <p>b) non-comprehensive psychotherapeutic interventions: does not include individual psychotherapy as a substantial part of the intervention.</p>	<p>Eligible comparator interventions were grouped as follows:</p> <p>Unspecific control interventions; includes clinical management (CM), standard care (SC), treatment as usual (TAU) or waiting list (WL);</p> <p>Comparative specific psychotherapeutic interventions; well-defined and theory-driven (head-to-head comparison).</p>	There are indications of beneficial effects for both comprehensive psychotherapies as well as non-comprehensive psychotherapeutic interventions for BPD core pathology and associated general psychopathology. DBT has been studied most intensely, followed by MBT, TFP, SFT and STEPPS. However, none of the treatments has a very robust evidence base, and there are some concerns regarding the quality of individual studies. Overall, the findings support a substantial role for psychotherapy in the treatment of people with BPD but clearly indicate a need for replicatory studies.
Thomas P, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R, 2006, [42]	Psychological interventions for multiple sclerosis	16/1,006 (1984-2004)	People with a diagnosis of multiple sclerosis. Studies were included in the review regardless of clinical course or the length of time since diagnosis of MS. Studies based on subgroups of people with MS such as those with depression, those with cognitive impairment, those with severe physical disability, were included, and were considered in separate mini-reviews. If we had found studies that included people with MS together with people with other medical conditions, and the number of people in the study	<p>Interventions described as wholly or mostly based on psychological theory and practice. Interventions could have been delivered by psychologists, counsellors, medical staff, nurses, occupational therapists or other health professionals, and were included regardless of the number of therapy sessions or whether sessions were one-to-one or group.</p> <p>The following gives an idea of the types of interventions that either were included or could have been included:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychoanalytic therapy - looking back at past events in order to gain insight 2. Behavioural therapy - a variety of 	Cognitive behavioural therapy vs. care as usual for people with MS with depression	The diversity of psychological interventions identified indicates the many ways in which they can potentially help people with MS. No definite conclusions can be made from this review. However there is reasonable evidence that cognitive behavioural approaches are beneficial in the treatment of depression, and in helping people adjust to, and cope with, having MS.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
			with MS had made it worthwhile to do so (i.e. exceeded 20), the authors would have been contacted to try and get the results for the MS subgroup.	<p>techniques that attempt to modify behaviour, including stress management and relaxation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Cognitive therapy - a variety of techniques that attempt to change attitudes, perceptions and ways of thinking. 4. Educational - teaching of psychological theory in relation to the disease 5. Counselling - Non-directive approach involving talking through problems 6. Cognitive rehabilitation - a variety of techniques that attempt to reduce the impact of cognitive impairments 7. Other - e.g. family therapy etc. 		
Timmer A, Preiss J, Motschall E, Rücker G, Jantschek G, Moser G, 2011, [48]	Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease	21/1,745 (1986-2009)	Trials included patients of any age with ulcerative colitis or Crohn's disease, or both, with or without unclassified IBD or indeterminate colitis. Trials not separating type of IBD were also included. Trials with mixed populations, such as functional bowel disease and IBD, were not included, as none of these studies included subgroup analyses restricted to IBD patients. There was no restriction by disease activity or type of medication.	All types of psychotherapy were considered, including, for example, psychodynamic therapy, cognitive behavioural therapy, systemic therapy, brief therapy, and supportive therapy. Trials on relaxation techniques and patient education programs aiming to improve self-management skills, coping and social integration were also included.	Comparison groups were allowed to receive no treatment, or any other type of therapy, including other psychosocial therapy, sham or standard medical therapy. Concomitant medication was allowed, if applied to both groups.	There is no evidence for efficacy of psychological therapy in adult patients with IBD in general. In adolescents, psychological interventions may be beneficial, but the evidence is limited. Further evidence is needed to assess the efficacy of these therapies in subgroups identified as being in need of psychological interventions, and to identify what type of therapy may be most useful.
Uman L, Chambers C, McGrath P, Kisely S, 2006, [35]	Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents	28/1,951 (1981-2006)	Studies involving children and adolescents aged two to 19 years undergoing needle-related medical procedures were included. For the purposes of this review, a needle-related medical procedure was defined as any procedure performed as part of a medical diagnosis, prevention, or treatment. This includes dental procedures (excluding dental surgery) but does not include procedures such as body piercings or tattoos which do involve needles but are not for medical purposes. The search was limited to needle-related pain because	<p>1) Cognitive interventions</p> <p>Cognitive Distraction: cognitive techniques to shift attention away from procedure-related pain or specific counter activities (e.g., counting, listening to music, non procedure-related talk).</p> <p>Imagery: cognitive technique used to encourage the child to cope with the pain and distress of the procedure by having him/ her imagine a pleasant object or experience (e.g., enchanted forest).</p> <p>Hypnosis: dissociation from painful experience and distress via hypnotic</p>	Control or comparison groups included any one of the following provided that the intervention group received the intervention above and beyond any care provided to the control or comparison group: Nonspecific-treatment or "attention-placebo" control group: Includes a group that engages in all of the accouterments of the interventions (e.g., meeting with a therapist, receiving an explanation for the problem) but not the key	Overall, there is preliminary evidence that a variety of cognitive-behavioral interventions can be used with children and adolescents to successfully manage or reduce pain and distress associated with needle-related procedures. However, many of the included studies received lower quality scores because they failed to describe the randomization procedure and participant withdrawals or drop-outs from the study. Further RCTs need to be conducted, particularly for the many interventions for which we could not locate any trials.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
			<p>receiving needles is among the most commonly occurring and feared procedures for both healthy and chronically-ill children. Participants included healthy children and children with chronic or transitory illnesses from both inpatient and outpatient settings.</p>	<p>induction, suggestions, and imagined fantasy; similar to but more involved than imagery. Given the overlap between imagery and hypnosis, when in doubt, we relied on author definitions to distinguish between the two.</p> <p>Preparation/Education/ Information: explaining the steps of the procedures or providing sensory information associated with the procedure, or both. This may include providing instructions about what the child will need to do during the procedure. The intention is to provide information to help the child know what to expect during the procedure.</p> <p>Thought-stopping: child repeats "stop" or a similar type of statement during times of distress or pain.</p> <p>Suggestion: Providing verbal or nonverbal cues to the child suggesting that the administered intervention will or can reduce pain and/or distress.</p> <p>Coping self-statements: child repeats a set of positive thoughts (e.g., "I can do this"; "This will be over soon").</p> <p>Memory change: helping child to reframe negative memories of the procedure into positive ones.</p> <p>Parent training: training the parent (not the child) to engage in one of the above cognitive strategies. The goal is to decrease the parent's distress which in turn may decrease the child's distress or pain, or both.</p> <p>2) Behavioral interventions</p> <p>Behavioral Distraction: behavioral techniques to shift attention away from procedure-related pain or specific counter activities (e.g., videotapes, games, interactive books).</p>	<p>components of the intervention; used to determine if the effects of the intervention are due to nonspecific treatment components.</p> <p>Routine or standard care: Consists of the usual intervention or treatment that is provided for the procedure.</p>	

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Progressive Muscle Relaxation (PMR) Training: progressive tensing and relaxing of muscles groups one at a time.</p> <p>Breathing Exercises: focus on deep breathing or breathing from the diaphragm rather than the chest (e.g., using party blowers, blowing bubbles, pretending to inflate or deflate a tire through inhaling / exhaling).</p> <p>Modeling: demonstration of positive coping behaviors during a mock procedure by another child or adult (often using filmed modeling).</p> <p>Rehearsal: practice using positive coping behaviors demonstrated during modeling.</p> <p>Desensitization: gradual systematic exposure to the feared stimuli. May involve developing a hierarchy of tasks related to the feared stimuli and successfully overcoming easier tasks before moving on to more difficult ones.</p> <p>Positive reinforcement: providing positive statements or tangible rewards, or both, to the child following the painful procedure (e.g., stickers, toys, games, small trophies).</p> <p>Parent training: training the parent (not the child) to engage in one of the above behavioral strategies. The goal is to decrease the parent's distress which in turn may decrease the child's distress or pain, or both.</p> <p>Parent coaching: training the parent to actively coach the child to use one of the above strategies (e.g., parent verbally encouraging child to use a strategy).</p> <p>Medical staff coaching: training a qualified health-care professional (often a nurse) to coach the child to use one of the above strategies.</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>Virtual reality: using virtual reality technology and equipment to absorb the child's attention. Often involving goggles and ear-pieces to provided simultaneous visual and auditory stimuli. More involved than distraction (see above definition).</p> <p>3) Cognitive-behavioral (combined) interventions. Any intervention using at least one of the above cognitive interventions in combination with at least one of the above behavioral</p>		
<p>Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, West R, Moxham T, Thompson D, Taylor R, 2011, [44]</p>	<p>Psychological interventions for coronary heart disease</p>	<p>24/9,296 (1974-2008)</p>	<p>Adults of all ages with CHD. Patients included those who had experienced a myocardial infarction (MI), a revascularisation procedure (coronary artery bypass grafting (CABG) or percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)), and those with angina, or angiographically defined CHD.</p>	<p>All psychological interventions delivered by health care workers with specific training in psychological techniques were considered. Criteria for specific training were liberal (i.e. included even very short periods of training), but excluded interventions delivered by social workers or cardiac nursing staff unless specific mention was made of training in delivering psychological interventions. In addition, studies were excluded where they evaluated interventions based on psychological principles (e.g. social learning theory, motivational interviewing) but which were solely directed at improving adherence to other efficacious treatments (e.g. cardiac medications, exercise).</p> <p>The previous version of this Cochrane review classified trials according to whether they reported using 'stress management procedures'. Stress management was defined as the use of specific cognitive behavioural strategies used to help the patient reduce, or manage, their stress. These included learning relaxation, the use of cognitive techniques such as self-instruction training and cognitive challenge, and/or consideration of specific coping strategies to be used at times of stress. Less specific approaches such as therapeutic counselling that did not concentrate on behavior change, cognitive challenge/restructuring or educational interventions, were</p>	<p>Studies were included that compared psychological treatment with usual care, or compared psychological treatment plus exercise with an exercise- only condition.</p>	<p>Psychological treatments appear effective in treating psychological symptoms of CHD patients. Uncertainly remains regarding the subgroups of patients who would benefit most from treatment and the characteristics of successful interventions.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				excluded from this definition. Also excluded were selfmanagement techniques used to change risk factors such as smoking and low levels of exercise. The cognitive behavioural treatment of other aversive mood states including anger and depression was also excluded. To facilitate a more detailed examination of the types of intervention, the classification was expanded for this update. Specifically, we extracted information on the treatment aims of each intervention (e.g. provision of risk information, treatment of psychopathology such as depression or anxiety), and the components of the treatment (e.g. providing standardised health information, relaxation techniques, cognitive challenge).		
Williams A, Eccleston C, Morley S, 2012, [33]	Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults	42/ (35 included in metaanalysis involving 4,788 patients) (1986-2011)	Adults (aged 18 years or older) reporting pain of at least three months' duration in any body site, not associated with a malignant disease process.	Studies were included if at least one trial arm consisted of a psychology intervention, with at least one comparator arm of a placebo condition, other active treatment, treatment as usual or waiting list control.	<ol style="list-style-type: none"> 1. cognitive behavioural vs. active control post-treatment 2. Cognitive behavioural vs. active control follow-up 3. Cognitive behavioural vs. treatment as usual 4. Cognitive behavioural vs. treatment as usual follow-up 5. Behavioural vs. active control post-treatment 6. Behavioural vs. active control follow-up 7. Behavioural vs. treatment as usual post-treatment 8. Behavioural vs. treatment as usual follow-up 	Benefits of CBT emerged almost entirely from comparisons with treatment as usual/waiting list, not with active controls. CBT but not behaviour therapy has weak effects in improving pain, but only immediately post-treatment and when compared with treatment as usual/waiting list. CBT but not behaviour therapy has small effects on disability associated with chronic pain, with some maintenance at six months. CBT is effective in altering mood and catastrophising outcomes, when compared with treatment as usual/waiting list, with some evidence that this is maintained at six months. Behaviour therapy has no effects on mood, but showed an effect on catastrophising immediately post-treatment. CBT is a useful approach to the management of chronic pain. There is no need for more general RCTs reporting group means: rather, different types of studies and analyses are needed to identify which components of CBT work for which type of patient on which outcome/s, and to try to understand why.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Yorke J, Fleming S, Shuldham C, 2005, [45]	Psychological interventions for children with asthma	12/588 (1972-2004)	Children, both male and female, under the age of 18 years of age with asthma that has been diagnosed by a physician or diagnosed using internationally established criteria. Treatments in both in- and outpatient settings were included.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behavioural therapies: Concerned with identifying the processes by which behaviour has been learned via association, reward or observation and modifying behaviour using methods such as systematic desensitisation, selective reinforcement and positive modelling. The behaviour itself, rather than the underlying motivations, is the focus of behavioural interventions. 2. Cognitive therapies: Identification and constructive management of damaging thoughts, such as perceptions of helplessness or inappropriate fear of asthma attack that can trigger episodes. Information (e.g. about the relationship between anxiety and bronchoconstriction) also targets cognitions. 3. Cognitive behaviour therapy: Incorporating the key elements of both behavioural and cognitive models. 4. Relaxation techniques with biofeedback and without biofeedback: Designed to control stress and anxiety which, in asthma, may improve breathing and respiratory function. The following approaches are used: <ol style="list-style-type: none"> i) Progressive relaxation: systematically creating tension and release in different parts of the body and/or via guided imagery. ii) Autogenic training: focuses on attending to bodily feelings and mentally controlling them. iii) Hypnosis: deep relaxation that may be induced using mental imagery, often accompanied by autosuggestion to create positive thoughts and feelings. iv) Biofeedback: feedback of biological indicators which the 	Psychotherapeutic interventions compared with usual treatment	This review was unable to draw firm conclusions for the role of psychological interventions for children with asthma. This review demonstrates the absence of an adequate evidence base and highlights the need for well-conducted and reported randomised trials in this area.

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>subject must control via relaxation. May also be considered a behavioural intervention since the feedback can act as a reinforcer.</p> <p>5. Psychodynamic psychotherapies: Including psychoanalysis, psychosomatic therapy, hypnosis.</p> <p>6. Counselling: Involves talking over problems with a health professional. In supportive counselling, the Counsellor aims to be a good listener and provide emotional support, rather than offering a more targeted psychotherapeutic intervention.</p> <p>7. Group therapy: Psychotherapeutic interventions conducted in groups e.g. group psychosomatic therapy).</p>		
Yorke J, Fleming S, Shuldham C, 2006, [46]	Psychological interventions for adults with asthma	15/687 (1977-2005)	<p>Adults, both male and female, over 16 years of age with asthma who have been physician diagnosed or have been diagnosed using internationally established criteria (e.g. BTS guidelines).</p> <p>Treatments in both in and out patient settings were included.</p>	<p>Any type of psychological intervention used in the treatment of asthma in adults was considered for this review.</p> <p>1. Cognitive behavioural therapy (incorporating core elements of both behavioural and cognitive models): Using behavioural techniques to change negative thoughts mediating health behaviour. In asthma, this may address incorrect symptom attributions (over- or under-playing their significance) giving rise to suboptimal medication use, or may use systematic relaxation techniques to extinguish fear responses associated with psychosocial triggers.</p> <p>2. Cognitive therapy: Identification and constructive management of damaging thoughts, such as perceptions of helplessness or inappropriate fear of asthma attack that can trigger episodes. Information (e.g. about the relationship between anxiety and bronchoconstriction) also targets cognitions.</p> <p>3. Behavioural therapy: Concerned with identifying the processes by which behaviour has been learned via</p>	<p>Psychological interventions compared with usual treatment</p> <p>1. Bio-feedback therapy vs. control</p> <p>2. Cognitive behaviour therapy vs. control</p> <p>3. Relaxation/ hypnosis/ autogenic therapy vs. control</p>	<p>This review was unable to draw firm conclusions for the role of psychological interventions in asthma due to the absence of an adequate evidence base. Larger, well-conducted and reported randomised trials are required in this area, in order to determine the effects of these techniques in the treatment of asthma in adults.</p>

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>association, reward or observation and modifying behaviour using methods such as systematic desensitization, selective reinforcement and positive modelling. The behaviour itself, rather than underlying motivations, is the focus of behavioural interventions.</p> <p>4. Relaxation therapy: Designed to control stress&anxiety. In asthma, may reduce panic or fear&improve breathing and respiratory function. Approaches include progressive relaxation (systematically creating tension and release in different parts of the body and/or via guided mental imagery), autogenic training (focuses on attending to bodily feelings and mentally controlling them), hypnosis (deep relaxation that may be induced using mental imagery, often accompanied by autosuggestion to create positive thoughts & feelings). Hypnosis is also thought to induce a state of suggestibility, facilitating both patients' insight into their unconscious motives or anxieties and the absorption of therapeutic messages.</p> <p>5. Bio-feedback therapy: Feedback of biological indicators, which the subject learns to control using relaxation. May also be considered a behavioural intervention since the feedback can act as a reinforcer of improvement.</p> <p>6. 'Supportive' counselling: Counselling involves talking over problems with a health professional. In supportive counselling, the counsellor simply aims to be a good listener and provide emotional support, rather than offering a more targeted psychotherapeutic intervention. It generally focuses on problems in the here and now and has a short-term</p>		

Authors, year [reference]	Title	incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
				<p>duration.</p> <p>7. Individual and group format: Some therapies can be delivered to groups of individuals as well as single patients. Social interaction within a supportive non-judgmental peer group may increase self-esteem and encourage disclosure, both of which may (under appropriate circumstances) facilitate therapy. Patient education programmes were only included where psychological therapy formed the major part of the intervention. Breathing retraining, yoga and massage therapies were not included in this review as these therapies were not considered to be primarily psychological in nature.</p>		
Zijdenbos I, de Wit N, van der Heijden G, Rubin G, Quartero A, 2009, [47]	Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome	25/1,858 ¹ (1983-2007)	Patients aged 16 years and over with irritable bowel syndrome, diagnosed either with validated diagnostic criteria (Rome or Manning) or a clinical diagnosis of IBS.	<p>Single interventions with any of the following psychological treatments, provided by a therapist either at the individual or group level:</p> <p>(cognitive) behavioural therapy; interpersonal psychotherapy; and stress management/relaxation therapy.</p>	Randomised controlled trials comparing single psychological interventions with usual care or a mock intervention, with or without an additional drug therapy arm, were considered for inclusion.	Psychological interventions may be slightly superior to usual care or waiting list control conditions at the end of treatment although the clinical significance of this is debatable. Except for a single study, these therapies are not superior to placebo and the sustainability of their effect is questionable. The meta-analysis was significantly limited by issues of validity, heterogeneity, small sample size and outcome definition. Future research should adhere to current recommendations for IBS treatment trials and should focus on the long-term effects of treatment.

¹Anzahl der PatientInnen nicht angegeben, eigene Berechnung; NR not reported

11.2.2 Health Technology Assessments

Tabelle 11.2-2: Datenextraktion der eingeschlossenen HTA-Berichte

Authors, year [reference]	Title	Incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Brazier J, Tumor I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, Paisley S, 2006 [55]	Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation	10 (9 RCTs, 1 non-randomised controlled study)/782 ¹ (1991-2003)	adults with BPD (diagnosed according to DSM-III/DSM-III-R, DSM-IV or ICD-10 criteria for BPD), with or without co-morbidity; studies on people with any personality disorder and DSH were also included, where subgroup analysis of BPD was available	psychological therapies, including DBT (dialectical behaviour therapy)	any psychiatric or psychological treatment, or no treatment	The overall efficacy of psychological therapies is promising; however, at this stage the evidence is inconclusive. The cost-effectiveness of the intervention in six RCTs examined, however, does not support the cost-effectiveness of DBT although potential is suggested. There is a need for considerable research in this area. This research should involve appropriately powered head-to-head RCTs of psychological therapies; a survey of current practice and the use of the full range of services by people with BPD to inform future economic analyses; full resource use data collected in the context of pragmatic clinical trials; psychometric assessment of the validity of the EQ-5D or other generic and condition-specific preference-based measures in BPD, and the development of a more formal cost-effectiveness model using the above data.
Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely S, 2001 [17]	A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression	63/NR (1973-1998)	Trial participants could be males or females aged 16–65 whose primary diagnosis was depression according to the Research Diagnostic Criteria, the Diagnostic and Statistical Manual (DSM)-III-R/IV, the International Classification of Disease criteria or other validated diagnostic instruments, or who were assessed for levels of depressive symptomatology through self-rated or clinician-rated validated instruments.	Interventions eligible for inclusion included all psychotherapies that were described within an explicit psychological orientation, and were completed within a time-limited framework of ≤ 20 sessions.	The psychological treatments had to be compared with treatment as usual, or with each other, and both individual and group psychotherapies were eligible for inclusion.	Based on the best available evidence, it would appear that some forms of brief psychological treatments, particularly those derived from cognitive/behavioural models, are beneficial in the treatment of people with depression being managed outside hospital settings. Little can be said about the efficacy of different types of individual versus group therapy because all the trials comparing these formats used CT or BT. In these trials, greater efficacy for individual formats was suggested. Baseline severity, the methods used to identify patients and possibly the number of sessions offered are factors likely to affect outcome. Little can be said about the potential impact of socio-demographic

Authors, year [reference]	Title	Incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, Feltner C, Meredith D, Cavanaugh J, Brownley KA, Olmsted KR, Greenblatt A, Weil A, Gaynes BN, 2013 [29]	Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)	92/9,751 ¹ (1994-2012)	Adults with PTSD based on "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" criteria	Psychological interventions including: a) Brief eclectic psychotherapy b) Cognitive-behavioral therapy, such as cognitive restructuring, cognitive processing therapy, exposure-based therapies, and coping skills therapy (may include components such as stress inoculation training, assertiveness training, biofeedback [including brainwave neurofeedback], or relaxation training) c) Eye movement desensitization and reprocessing d) Hypnosis or hypnotherapy e) Interpersonal therapy f) Psychodynamic therapy	Psychological interventions listed above compared with one another or with waitlist assignment, usual care (as defined by the study), no intervention, or sham Psychological interventions listed above compared with pharmacologic interventions listed above Combinations of psychological and pharmacological interventions compared with either one alone (placebo, waitlist assignment, usual care, no intervention, or sham may be used in conjunction with the monotherapy arm)	characteristics of patients, the specific effects of client motivation and therapeutic alliance, any potential adverse events associated with psychological treatments, the short- and long-term outcomes of psychological treatments, the differential effects of alternative models, particularly PDT and client-centred therapies, or the immediate and long-term economic consequences attached to the provision of psychological treatments in primary care. Several psychological and pharmacological treatments have at least moderate SOE ("strength of evidence") supporting their efficacy for improving outcomes for adults with PTSD. These include exposure-based therapy, CPT, CT, CBT-mixed therapies, EMDR, narrative exposure therapy, fluoxetine, paroxetine, sertraline, topiramate, and venlafaxine. Head-to-head evidence was insufficient to determine the comparative effectiveness of these treatments. For exposure-based therapy, CPT, CT, CBT-mixed therapies, and EMDR, effect sizes for improving PTSD symptoms were large (Cohen's d from 1.08 to 1.40; reduction in CAPS from 28.9 to 32.2), and NNTs to achieve loss of diagnosis were 4 or less. For fluoxetine, paroxetine, sertraline, topiramate, and venlafaxine, effect sizes for improving symptoms were smaller (reduction in CAPS compared with placebo from 4.9 to 15.5). Paroxetine and venlafaxine also had evidence of efficacy for inducing remission, with NNTs of ~8. Evidence was generally insufficient to determine whether any ES-20 treatment approaches are more effective for victims of particular types of trauma or to determine comparative risks of adverse effects.

Authors, year [reference]	Title	Incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Korczak D, Kister C, Krause-Girth C, 2012 [56]	Effektivität und Effizienz von psychiatrischen, sozialmedizinischen psychologischen, und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z.B. regulative Störung) in Schreiambulanzen	9/1,789 (2001-2010) (psychotherapeutische Interventionen)	<i>search terms:</i> Infant, Baby, Newborn, Crying, Cryings, Excessive Crying, Fussy baby, Hyperreactive baby, Screaming syndrome, Early childhood disorder, Behavioral and emotional regulation disorder in infancy, Regulatory problems, Regulatory disorders in early childhood/ in infancy, Vertebral factors Schreikind, Schreibaby, Säugling, Kleinkind, Hyperreaktives Baby, Neugeborenen, Schreien, Weinen, Kopfgelenk induzierte Symmetriestörung, KiSS-Syndrom, Vertebragen Faktoren, Frühkindliche Regulationsstörung	<i>search terms:</i> Psychologische Intervention, Psychiatrische Intervention, Sozialmedizinische Intervention, Komplementärmedizinische Intervention, Krisenintervention, Psychotherapie Crisis Intervention, health care interventions, Psychotherapy, Educational intervention, Psychological intervention, Psychiatric intervention, Complementary medicine, intervention, Socio-medical intervention	NR	Effektivität von multidisziplinären und verhaltenstherapeutischen Interventionen: Die Studien belegen die Wirksamkeit von verhaltensbezogenen therapeutischen Interventionen sowohl hinsichtlich des Schreiverhaltens der als auch für das Stressempfinden der Eltern. Die Interventionen beziehen sich auf das stationäre Setting, das häusliche Umfeld sowie auf die ambulante Betreuung. Als ausschlaggebender Faktor für die Wirksamkeit einer Intervention scheint die persönliche Unterstützung durch die beratende Fachkraft zu sein. Erfolge keine persönliche Beratung und Begleitung der Eltern wie in der Studie von McRury und Zolotor, ist kein positiver Effekt der verhaltenstherapeutischen Maßnahme eruiert. Der Großteil der beschriebenen Studien beinhaltet die Elemente Entwicklungsberatung, Beruhigungstechniken, Unterstützung der Eltern, Strukturierung des Tagesablaufs und Reizreduzierung.
Meads C, Ting S, Dretzke J, Bayliss S, 2007 [7]	A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence	Clinical effectiveness: 34/3,531 ¹ (1974-2006)	Clinical effectiveness: Problem drinker (various definitions including alcoholic) >50% sample	Clinical Effectiveness: Any psychotherapeutic intervention targeted at the problem drinker as well as a concerned significant other, particularly family member OR Any psychotherapeutic intervention targeted at the concerned significant other of the problem drinker, particularly a family member and then engaging the problem drinker	any (Comparators were categorised into other forms of family therapy, other forms of counselling or psychotherapy and other forms of care)	The evidence suggests that therapy involving family and friends can reduce alcohol related outcomes and may be cost-saving to the NHS. It would be useful to know whether different forms of therapy involving family and friends are equally effective, particularly those from the different theoretical models of the family and using different psychotherapeutic approaches. More research is needed on the long-term effectiveness of different treatment strategies and their cost implications. There may need to be more specialist alcohol treatment service provision and more targeted health promotion to encourage problem drinkers to seek help.

Authors, year [reference]	Title	Incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M, Palmer S, Eastwood A, 2012 [18]	The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review	Clinical effectiveness 14 published trials/ 1,592 ¹ + 3 ongoing trials (1996-2010)	Clinical effectiveness: Studies of participants who have received treatment for depression were included. Studies establishing a diagnosis using a gold-standard structured interview for DSM or ICD criteria, such as the Structure Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) were included, as were studies defining depression on the basis of a score above a cut-off point on a recognised psychometric measure or on the basis of unaided clinical diagnosis. The decision problem is concerned with the prevention of relapse or recurrence in patients who have received and responded to treatment. Studies where patients had 'recovered' from their acute episode (responding to treatment or asymptomatic) and the aim was to prevent subsequent relapse or recurrence were included. Studies of children were excluded.	Clinical effectiveness: 1. Part A – efficacy All valuation of "low-intensity" interventions defined by the IAPT programme were considered relevant. Specifically, this incorporated any unsupported psychological/ psychosocial interventions or any supported interventions that did not involve highly qualified mental health professionals. Highly qualified professionals' includes clinicians, who, in most instances, will have a core professional qualification (e.g. psychiatrist, clinical psychologist, mental health nurse) and have received formal, specialist training in the delivery of complex psychological interventions Any interventions involving support from para-professionals, peer supporters, PWPs, physical trainers, case managers (as in collaborative care models) or no personal support at all (e.g. entirely computerised interventions) were included. Para-professionals' includes people who do not have a core professional qualification and do not have specialist training in complex psychological interventions, although may have some training in less complex interventions. Inclusion was not restricted by length of treatment, number of sessions or mode of delivery. 2. Part B – scoping review Interventions involving qualified mental health professionals (e.g. clinician, CBT therapist) were included if they involved < 6 hours of contact per patient. For group treatment, contact estimates per patient were calculated by dividing treatment duration by the mean number of patients per group (with adjustments as necessary if there is > 1 therapist).	Clinical effectiveness: no treatment (including waiting list control), placebo, psychological or pharmacological interventions.	There is inadequate evidence to determine the clinical effectiveness or cost effectiveness of low-intensity interventions for the prevention of relapse or recurrence of depression. A scoping review of brief high-intensity therapies indicates that some approaches have shown promise in some studies, but findings have not been consistent. Many uncertainties remain and further primary research is required. Careful consideration should be given to the scope of such research; it is important to evaluate the broader patient pathway accounting for the heterogeneous patient groups of interest. Future RCTs conducted in a UK primary care setting should include adult participants in remission or recovery from depression, and evaluate the quality of the intervention and consistency of delivery across practitioners where appropriate. The occurrence of relapse or recurrence should be measured using established methods, and functional outcomes as well as symptoms should be measured; data on quality of life using a generic instrument, such as the European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D), should be collected.

Authors, year [reference]	Title	Incl. studies/ no. of patients (time span)	Population (Indication)	Intervention (Psychological intervention)	Comparison	Authors' conclusion
Wide Boman U, Hakeberg M, Carlsson V, Eriksson M, Liljegren A, Sjögren P, Westin M, Strandell A, 2012 [28]	Psychological treatment of dental anxiety among adults	10/318 ¹ (1984-2008)	Adults (≥18 years) with dental phobia (according to DSM-IV or ICD-10) or severe dental anxiety (according to validated scales/instruments).	Behavioral therapy (BT) including cognitive behavioral therapy (CBT), exposure, systematic desensitization, or relaxation therapy.	Information, pharmacological sedation, general anaesthesia or placebo/no treatment.	Patients with severe dental anxiety avoid dental care, which may result in impaired quality of life and deterioration of oral health. Dental treatments under general anaesthesia are costly and associated with certain medical risks. There is some support that behavioral therapy reduces dental anxiety more than general anesthesia/sedation or no treatment and improves acceptance of conventional dental treatment.

¹Anzahl der PatientInnen nicht angegeben, eigene Berechnung; NR not reported

11.2.3 Lehrbuch

Kinder und Jugendliche

Tabelle 11.2-3: Indikationen und Interventionen Volume 1 ("Child and Adolescent disorders") [5]

CHILD AND ADOLESCENT DISORDERS	
Indication	Intervention
Intellectual Disabilities	
<i>Aggressive behaviour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy (CBT) ✿ Differential Reinforcement ✿ Noncontingent Reinforcement ✿ Extinction ✿ Functional Communication Training ✿ Mindfulness ✿ Social Skills Training
<i>Self-injurious behaviour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Differential Reinforcement ✿ Functional Communication Training ✿ Aversive Stimulation ✿ Sensory Integration ✿ Gentle Teaching
<i>Stereotypic behaviour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Differential reinforcement ✿ Stimulus control ✿ Environmental enrichment ✿ Aversive stimulation ✿ Sensory integration Therapy
<i>PICA-Syndrome</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Aversive stimulation ✿ Stimulus control ✿ Differential reinforcement
<i>Rumination</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Satiation
<i>Food Refusal</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Differential reinforcement ✿ Extinction ✿ Blending
<i>Sleep Problems</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Extinction ✿ Stimulus control ✿ Melatonin ✿ Chronotherapy ✿ Differential reinforcement
<i>Anxiety Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Relaxation ✿ Desensitization ✿ Cognitive Therapy
<i>Mood Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Cognitive Therapy ✿ Psychodynamic Therapy ✿ Light Therapy
<i>Offending</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Psychodynamic Therapy
Learning Disabilities	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Response to Intervention ✿ Positive Reinforcement ✿ Metacognitive Strategies ✿ Self-Regulated Strategy Development ✿ Explicit instructional Strategies ✿ Supplemental Instructional Strategies
Stuttering	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Verbal Response Contingent Stimulation ✿ Speech Restructuring ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Rhythmic Stimulation ✿ Machine-Driven Therapy ✿ Family-Based Early Intervention

CHILD AND ADOLESCENT DISORDERS	
Indication	Intervention
Autism Spectrum Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Applied Behaviour Analysis ✿ Treatment and education of autistic and communication related handicapped children (TEACCH) - program ✿ Developmental Interventions ✿ Social skills interventions: Joint Attention, Theory of Mind ✿ Interventions for increasing social interaction skills: Peer Mediation, Pivotal Response Training, Social Scripts, Modelling (Video Self Modelling, Video Modelling, In vivo Modelling), Self-Management Programs, Social Skills Treatments ✿ Communication Interventions ✿ Interventions for inappropriate behaviour: Visual Strategies, Functional Communication Training, Building Alternative Prosocial Behaviours, Behavioural Momentum, Social Stories, Differential reinforcement, Positive Behavioural Support, Punishment
Attention-deficit/hyperactivity disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Psychotropic Medication ✿ Behavioral Parent Training ✿ Classroom Management ✿ Summer Treatment Programs
Conduct, Oppositional Defiant, and Disruptive Behaviour Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Behavioral Parent Training (BPT): Parent Management Training - Oregon Model, Parent-Child Interaction Therapy, Helping the Noncompliant Child Program, The Incredible Years Training Series Program, Positive Parenting Program, BPT with Supportive Enhancements ✿ Cognitive behavioural interventions (CBT): Problem-Solving Skills Training (PSST), Anger Control Training ✿ Other interventions: Multisystemic Therapy (MST), Family Therapy
Pica	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Behavioral interventions: Environmental enrichment, Reinforcement, Discrimination training, Habit reversal, Negative practice, Response blocking, Aversive stimuli, Overcorrection, Physical restraint ✿ Nutritional Interventions
Paediatric Feeding Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Differential Reinforcement of Alternative Behaviour (DRA) ✿ Escape Extinction (EE) ✿ Physical Guidance of Self Feeding Behaviour ✿ Non-nutritive Sucking ✿ Oral Stimulation ✿ Oral Support ✿ Stimulus Fading ✿ Simultaneous Presentation Without EE ✿ Swallow Facilitation and Redistribution
Tics and Tourette Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Habit Reversal Training (HRT) ✿ Exposure and Response Prevention ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Massed Negative Practice (MNP) ✿ Self-Monitoring ✿ Contingency Management ✿ Relaxation ✿ Supportive Psychotherapy
Encopresis	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Medical-behavioral treatment: Combination of: Biofeedback, Enhanced Toilet Training (ETT), Anorectal Manometry, Verbal Therapy ✿ Laxatives for Constipation

CHILD AND ADOLESCENT DISORDERS		
Indication	Intervention	
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Behavioral interventions: Urine Alarm, Retention Control Training, Positive Practice, Stream Interruption Exercises, Waking Schedule, Positive Reinforcement, Dry Bed Training 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Pharmacological interventions: Imipramine, Desmopressin, Oxybutynin ✿ Other treatment approaches: Hypnosis, Psychotherapy, Acupuncture, Chiropractic
Separation Anxiety Disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavior Therapy (CBT): Exposure in Vivo, Positive Reinforcement, Modelling, Social Skills Training, Learning of Coping Behaviour (Relaxation Skills, Emotive Imagery) 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) ✿ Psychodynamic Psychotherapy
Reactive Attachment Disorder and Severe Attachment Disturbances	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Holding Therapy ✿ Behavioural and Psychoeducational Interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Adoption for Children in Foster Care
Stereotypic Behaviour Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Function-based treatments: Enriched Environment, Differential Reinforcement, Sensory Extinction 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Non-function-based treatments: Antecedent Exercise, Self-Monitoring, Response Restriction, Overcorrection, Inhibitory Stimulus Control
Self-Injurious Behaviour	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Applied Behaviour Analysis ✿ Snoezelen 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sensory integration Therapy ✿ Social Stories
Smoking in Children and Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Prevention: School-Based Interventions, Family Interventions, School Competitions, Community Interventions, Prevention of Tobacco Sales to Minors, Impact of Tobacco Advertising, Family and Caregiver Interventions 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Treatment: Tobacco Cessation Interventions, Interventions for Smokeless Tobacco
Depressive Disorders in Children and Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavior Therapy (CBT): Relaxation, Activity Selection, Cognitive Restructuring, Problem Solving, Social Skills Training 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Interpersonal psychotherapy
Anxiety Disorders in Children and Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy (CBT) 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Pharmacological Treatment
School Refusal	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavioral Therapies: Psychoeducation, Relaxation Training, Cognitive Restructuring, Social Skills Training, Exposure, Parent Involvement, School Return Plan, School Involvement 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Pharmacological Treatment
Anorexia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Weight Restoration/ Nutritional Rehabilitation ✿ Cognitive Behaviour Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Family-Based Therapy ✿ Cognitive Analytic Therapy
Bulimia	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Psychological Treatments: Cognitive Behaviour Therapy, Interpersonal Psychotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Psychopharmacological Treatments
Sleep Disorders in Children	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Extinction: Unmodified Extinction, Extinction with Parental Presence, Modified Extinction ✿ Preventative Parental Education 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Graduated Extinction ✿ Faded Bedtime/ Positive Routines ✿ Scheduled Waking

CHILD AND ADOLESCENT DISORDERS	
Indication	Intervention
<i>Child Neglect</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Homebuilders ✿ Family Connections ✿ Safe Care
<i>Physical Abuse Behaviour</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Parent-Child Interaction Therapy ✿ The incredible Years (Program) ✿ Triple-P Positive Parenting Program ✿ Abused-Focused Cognitive Behaviour Therapy
<i>Sexually Abusive Behavior</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavior/ Relapse-Prevention (CBT/RP) Therapy for Adult Sex Offenders ✿ Multisystemic Therapy (MST) for Youth with Problem Sexual Behaviours (MST-PSB)
<i>Maltreated Children</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Attachment and Bio-behavioural Catch-Up (ABC) ✿ Trauma-Focused Cognitive Behaviour Therapy (TF-CBT) ✿ Cognitive Behaviour Therapy for Childhood Sexual Behaviour Problems (CBT-CSBP) ✿ Keeping Foster and Kin Parents Supported and Trained (KEEP-Program)

Erwachsene

Tabelle 11.2-4: Indikationen und Interventionen Volume 2 ("Adult disorders") [5]

ADULT DISORDERS	
Indication	Intervention
Dementia and related cognitive disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive stimulation ✿ Cognitive training ✿ Cognitive rehabilitation ✿ Reminiscence therapy ✿ Psychological approaches with family caregivers (caregiver interventions) ✿ Challenging behaviour: individualized behavioural approaches ✿ Challenging behavior: functional analysis ✿ Cognitive behaviour therapies for depression and anxiety in dementia ✿ Relaxation for anxiety in dementia ✿ Psychotherapeutic approaches
Alcohol use disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy (CBT) ✿ Contingency Management ✿ Cue Exposure Therapy (CET) ✿ Community Reinforcement Approach (CRA) ✿ Behavioural Couples and Family Treatments ✿ Brief Interventions ✿ Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy ✿ 12-Step-Based Therapies ✿ Case Management
Tobacco-related disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Face-to-face behavioural counselling ✿ Telephone counselling ✿ Self-help ✿ Social support ✿ Aversive smoking and incentives ✿ Biological marker feedback ✿ Hypnotherapy

ADULT DISORDERS		
Indication	Intervention	
Illicit substance-related disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Motivational Interventions ✿ Behavioral Interventions: Cue exposure ✿ Contingency Management and Community Reinforcement 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive behaviour therapy (CBT) ✿ Behavioural couple therapy (BCT) ✿ 12-Step oriented treatment programs
Schizophrenia	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Token economies ✿ Operant behavioural interventions for psychotic symptoms ✿ Social skills training ✿ Cognitive behaviour therapy ✿ Coping strategy enhancement ✿ Relapse prevention 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Family intervention ✿ Compliance therapy ✿ Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapies ✿ Cognitive remediation therapy ✿ Supportive counselling
Depression and Dysthymic disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy (CBT) ✿ Behavioural activation treatment ✿ Self-control therapy ✿ Problem-solving therapy ✿ Social skills training ✿ Interpersonal psychotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Nondirective supportive therapy ✿ Short-term psychodynamic psychotherapy ✿ Reminiscence and life review therapy for older adults ✿ Couple therapy
Panic disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive behavioural treatment of panic disorders: Psychoeducation, Cognitive Re-evaluation, Exposure, Breathing Retraining ✿ Pharmacological treatment 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Other treatments: Psychodynamic psychotherapy, Exercise, Complementary and alternative medicine
Obsessive-compulsive disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy (CBT) ✿ Exposure 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Ritual Prevention ✿ Cognitive Therapy
Posttraumatic stress and acute stress disorders		
<i>Posttraumatic Stress Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive behavior therapy ✿ Exposure Therapy ✿ Stress Inoculation Training 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Therapy ✿ Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<i>Acute Stress Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Psychological Debriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Brief Cognitive Behaviour Therapy
Somatoform and Factitious disorders		
<i>Somatization Disorder and Subthreshold Somatization</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Modifying Primary Care Physicians' Behaviour
<i>Conversion Disorder</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Various approaches, including Hypnosis, Cognitive Behaviour Therapy, Biofeedback, Family Therapy, Spa Treatment, Pharmacotherapy, Surgery, Electroconvulsive Therapy, Physiotherapy, Inpatient Psychiatric Care 	
<i>Pain Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ (No interventions reported) 	

ADULT DISORDERS		
Indication	Intervention	
Somatoform and Factitious disorders		
<i>Hypochondriasis</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Therapy ✿ CBT ✿ Behavioral stress management 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Exposure ✿ Explanatory therapy
<i>Body Dysmorphic Disorder</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy 	
<i>Related Conditions-Functional Somatic Syndromes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Short-Term Dynamic Therapy ✿ Relaxation Training ✿ Hypnotherapy ✿ Exercise 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Operant Behaviour Therapy ✿ Cognitive Therapy ✿ Cognitive Behaviour Therapy
<i>Factitious Disorder</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ (No evidence for treatment) 	
Erectile dysfunction	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Rational Emotive Therapy ✿ Sex Group Therapy ✿ Psychoeducational Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Systematic Desensitization ✿ Medical Treatment ✿ Group Psychotherapy
Sexual dysfunctions in women		
<i>Problems with low sexual desire</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sex Therapy ✿ Orgasm Consistency Training ✿ Coital Alignment Technique ✿ Couple Therapy ✿ Emotional Focus Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Systematic Desensitization ✿ Assertiveness Training ✿ Electromyography with visual Biofeedback
<i>Female sexual Arousal Disorder</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sensate Focus Exercise ✿ Masturbation Training 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavioural Techniques
<i>Female Orgasmic Disorder</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive behavioural therapy: Systemic Desensitization, Sensate Focus, Directed Masturbation 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Couple therapy: Communication Training, Coital Alignment Technique
<i>Sexual Pain Disorders</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Electromyographic Biofeedback Training 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy
<i>Vaginismus</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ CBT: e.g. sexual education, relaxation exercises, gradual exposure, cognitive therapy, sensate focus exercises 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Behaviour therapy
Paraphilias and sexual offending		
<i>DSM Paraphilias</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Exhibitionism: CBT/Relapse Prevention ✿ Fetishism: Combined directive guidance and Behaviour Modification ✿ Pedophilia: pharmacotherapy, Cognitive Behavioural Therapy, Behaviour Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sexual Masochism: Behavior therapy, Aversion therapy ✿ Sexual Sadism: Cognitive Behavioural Therapy, Fixed-role Therapy ✿ Voyeurism: CBT, behavioural approaches
<i>Sexual offending (e.g. child abuse, rape)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Group psychotherapy ✿ Multisystemic Therapy (MST) ✿ Cognitive Skills Training Program 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ CBT focusing on relapse prevention ✿ Psychodynamic Therapy

ADULT DISORDERS	
Indication	Intervention
Sleep disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavior Therapy for chronic insomnia: Stimulus Control, Sleep Restriction, Sleep Hygiene Training, Relaxation Training, Paradoxical Intention, Cognitive Restructuring
Pathological gambling	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Behaviour Therapy ✿ Cognitive Therapy ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Gamblers Anonymous ✿ Pharmacological Treatment ✿ Acceptance and Commitment Therapy
Adjustment disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Individual psychotherapy (e.g. cognitive behaviour therapy, relaxation techniques, dynamic supportive therapy) ✿ Family therapy ✿ Self-help/ support groups ✿ Medical crisis counselling, psychoeducation
Borderline personality disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Dialectic Behaviour Therapy ✿ Schema Focused Therapy ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Mentalization-Based Therapy ✿ Transference-Focused Psychotherapy ✿ Dynamic Deconstructive Psychotherapy ✿ Manual-Assisted Cognitive Therapy ✿ Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving
Other personality disorders	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Contingency management plus methadone maintenance for people with antisocial personality disorder in treatment for substance misuse ✿ Therapies with focus on changing maladaptive schemas associated with the personality disorder ✿ Psychoeducation, problem-solving approaches ✿ Dialectical behaviour therapy ✿ Cognitive Behavioural Therapy ✿ Brief psychodynamic therapy (BDT)
Relational problems	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Traditional Behavioural Couple Therapy ✿ Emotionally focused Couple Therapy ✿ Integrative Behavioural Couple Therapy ✿ Insight-Oriented Marital Therapy ✿ Cognitive Behavioural Marital Therapy ✿ Psychoeducation, Prevention and Enrichment Programs to enhance relationship satisfaction and prevent relational problems
Nonpharmacological interventions for chronic pain	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Biofeedback ✿ Relaxation Therapy ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Exercise
Hypochondriasis and health-related anxiety	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behaviour Therapy ✿ Psychoeducation ✿ Explanatory Therapy ✿ Cognitive Therapy ✿ Exposure and Response Prevention ✿ Behavioural Stress Management ✿ Pharmacotherapy

ADULT DISORDERS	
Indication	Intervention
Social anxiety disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Exposure treatments ✿ Combined exposure plus cognitive restructuring treatments ✿ Social skills training ✿ Applied Relaxation ✿ Mindfulness and Acceptance-Based Therapies: e.g. Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-based Cognitive Therapy ✿ Interpersonal psychotherapy ✿ Psychodynamic Approaches
Generalized anxiety disorder	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Cognitive Behavior Therapy: Cognitive Avoidance Model, Intolerance for Uncertainty Model (IUM), Metacognitive Model, Acceptance-Based Behaviour Therapy ✿ Analytical psychotherapy