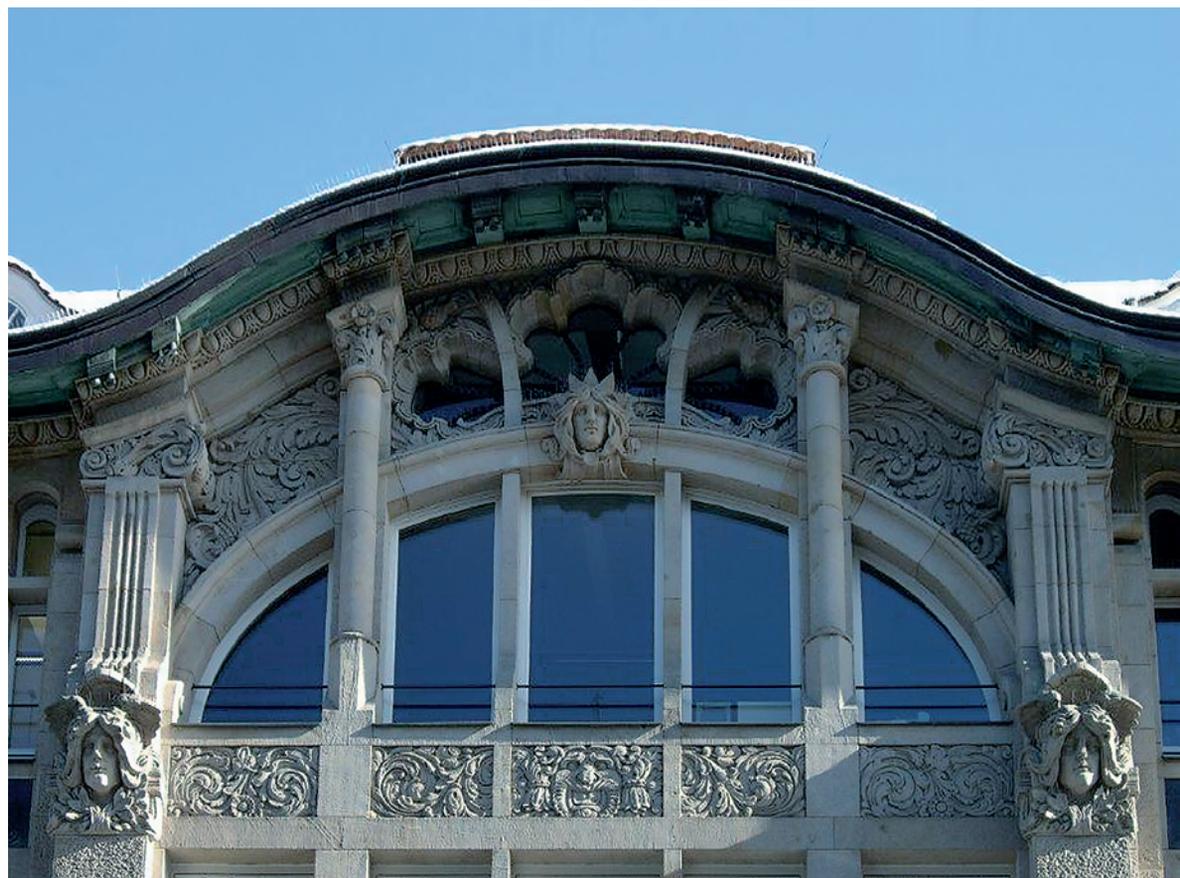


HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



# ZPHU Jahresbericht 2016

Zentrum für Psychotherapie  
am Institut für Psychologie  
der Humboldt-Universität zu Berlin



## Zentrum für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt- Universität zu Berlin (ZPHU)

Mit diesem Jahresbericht geben wir Ihnen für das zurückliegende Jahr einen Einblick in unsere Arbeit als universitäres Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie.

### Das Team am ZPHU

Die ZPHU-Gesamtleitung hat Professor Dr. Thomas Fydrich (Professur Psychotherapie und Somatopsychologie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin) inne, sein Stellvertreter ist Prof. Dr. Norbert Kathmann (Professur Klinische Psychologie). Die Ausbildungsambulanz wird von Prof. Dr. Lydia Fehm geleitet. Zwei weitere Personen, Dr. Eva Kischkel und Dr. Andrea Ertle, bilden mit den vorgenannten Personen das Leitungsgremium. In diesem Gremium werden zentrale administrative und inhaltliche Aspekte der theoretischen Ausbildung, aber auch klinische Themen der praktischen Ausbildung entschieden. Die administrative Betreuung der Ausbildung liegt in der Hand von Katrin Herud. Sie wird von Claudia Hertle und Karolin Treppner unterstützt.

Im Sekretariat der psychotherapeutischen Ambulanz arbeiten Steffi Skuza, Sarah Schneider, Laura Edwards und Annika Bolbeth. Sie sind verantwortlich für die administrativen Abläufe, wie z.B. die Abrechnung der Leistungen, die Verwaltung der psychometrischen Diagnostik sowie für die Beantwortung von Patientenfragen. Die studentischen Mitarbeiter/innen Klara Sommer und Maximilian Glemser unterstützen das Datenmanagement und betreuen die Nachuntersuchungen, die wir bei allen Patienten ca. ein Jahr nach Behandlungsende durchführen. Herr Eduardo Sieber kümmert sich als IT-Assistent um alle technischen Belange.



hinten von links: Lydia Fehm, Laura Edwards, Maximilian Glemser, Annika Bolbeth, Klara Sommer; vorne: Sarah Schneider, Claudia Hertle, Karolin Treppner, Steffi Skuza, Katrin Herud

Im Februar 2016 begann der zehnte Jahrgang seine Ausbildung am ZPHU. Im Jahr 2016 befanden sich insgesamt 117 Teilnehmer/innen (davon 20 % männlich) am ZPHU in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Vierzehn Personen schlossen im Jahr 2016 die Ausbildung mit der Approbationsprüfung erfolgreich ab.

Etwa die Hälfte unserer Ausbildungsteilnehmer und Ausbildungsteilnehmerinnen verfolgt parallel zur Ausbildung eine wissenschaftliche Weiterqualifikation in Form einer Promotion oder Habilitation.

Zusätzlich begann im April 2016 bereits die dritte Kohorte den Vertiefungsteil Verhaltenstherapie im Rahmen der Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie. Das dreijährige Curriculum nach den Weiterbildungsvorgaben der Landesärztekammer Berlin wird vom ZPHU in Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, der Charité Universitätsmedizin Campus Mitte und der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus durchgeführt. Es beinhaltet neben Theorieveranstaltungen auch Patientenbehandlungen unter Supervision, die im ZPHU durchgeführt werden.

### Psychotherapeutische Behandlung in der Ausbildungsambulanz

Im Jahr 2016 waren in der Ausbildungsambulanz 95 Therapeutinnen und Therapeuten tätig. Insgesamt 967 Patientinnen und Patienten suchten unsere Ambulanz auf. Pro Quartal befanden sich im Durchschnitt etwa 605 Patienten in psychotherapeutischer Behandlung. Frauen waren dabei mit 64% etwa doppelt so häufig vertreten wie Männer. Das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre (SD = 13,5; Range: 17-87). Im Jahr 2016 führten wir insgesamt 485 Erstgespräche. Bei 121 Personen wurde nach dem Erstgespräch oder nach einer der probatorischen Sitzungen keine Behandlung begonnen. Im Laufe des Jahres schlossen 216 Personen ihre Behandlung ab. Fünfundfünfzig Patient/innen beendeten die Behandlung vor dem regulären Ende der Therapie.

Die Patientinnen und Patienten kommen aus allen Berliner Bezirken sowie dem Berliner Umland, mit einem Schwerpunkt auf den nord-östlichen Bezirken (Pankow, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf).

## Diagnosen

Zur zuverlässigen Erfassung der Diagnosen führen wir routinemäßig mit allen Patientinnen und Patienten im Verlauf der probatorischen Sitzungen das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) durch.

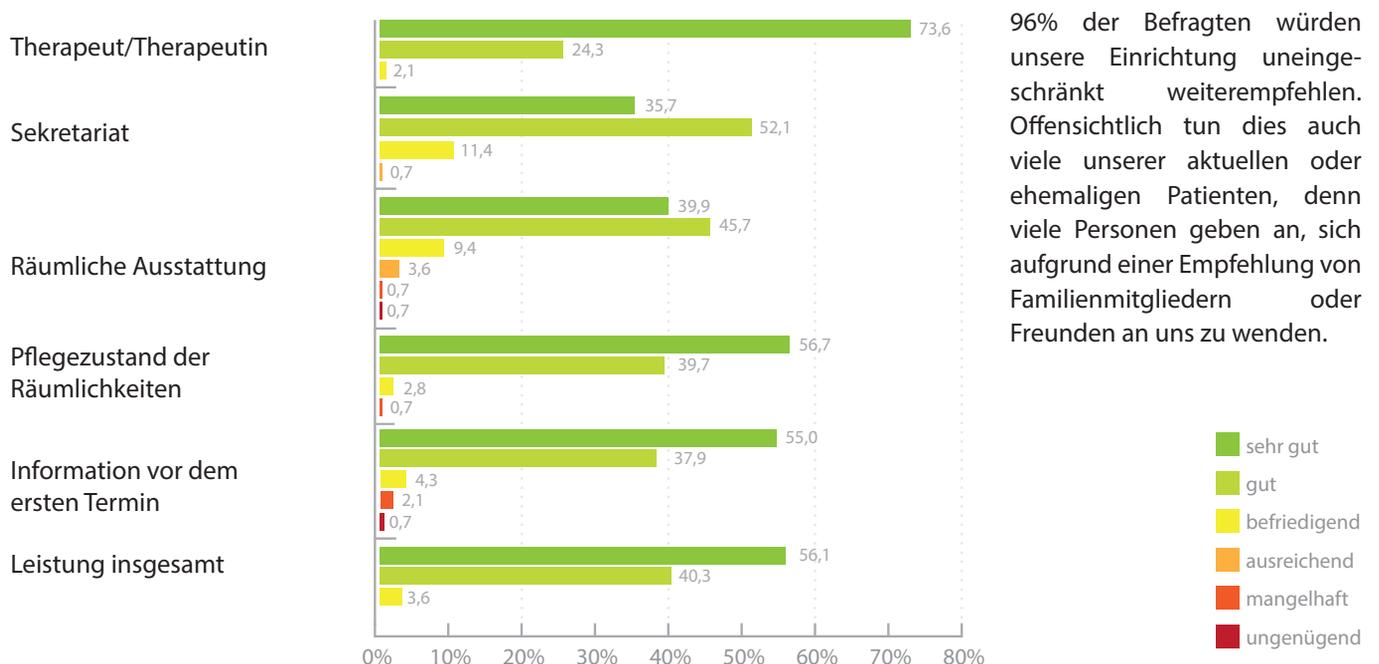
Bei den meisten Personen stellten wir zwischen einer und drei Diagnosen ( $M=1,8$ ;  $SD=0,9$ , Range: 1 – 7). Die folgende Tabelle enthält Angaben zur Häufigkeit verschiedener diagnostischer Kategorien als Hauptdiagnose von allen Patienten. Wenn die SKID-Diagnostik noch nicht durchgeführt wurde, wurde die Verdachtsdiagnose aus dem Vorgespräch herangezogen.

ICD-10	Diagnosebereiche	Anzahl als Primärdiagnose	Anteil in Prozent
F1x	<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</b>	<b>9</b>	<b>0,9</b>
F2x	<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</b>	<b>26</b>	<b>2,7</b>
F3x	<b>Affektive Störungen</b>	<b>429</b>	<b>44,3</b>
u.a.	Depressive Episode (F32.x)	126	13,0
	Rezidivierende depressive Störung (F33.x)	269	27,9
F4x	<b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>411</b>	<b>42,5</b>
u.a.	Soziale Phobie (F40.1)	71	7,3
	Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)	61	6,3
	Zwangsgedanken und/oder -handlungen (F42.x)	55	5,7
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	52	5,4
F5x	<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	<b>18</b>	<b>1,9</b>
F6x	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>	<b>66</b>	<b>6,8</b>
u.a.	emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3X)	34	3,5
Fxx	<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend / Sonstige</b>	<b>8</b>	<b>0,9</b>
<b>Gesamt</b>		<b>967</b>	<b>100</b>

## Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten erfragen wir ein Mal jährlich mit Hilfe eines kurzen Fragebogens, der für zwei Wochen im Wartebereich ausliegt und anonym zurückgegeben wird. An der Befragung im Januar 2017 nahmen 143 Patientinnen und Patienten teil.

Die sechs Aspekte unserer Arbeit werden auf einer Schulnotenskala von 1 („sehr gut“) bis 6 („ungenügend“) beurteilt. Die Durchschnittsnote über alle Aspekte hinweg beträgt ähnlich wie in den Vorjahren 1,5.



## Forschung in der Ausbildungsambulanz

Neben der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten und den Aus- und Weiterbildungsaufgaben widmen wir uns auch Forschungsfragen. Wir untersuchen beispielsweise Prädiktoren für gute und weniger gute Behandlungsergebnisse, um so problematische Verläufe zu verringern bzw. günstige Verläufe zu fördern.

Eine in der Therapieforschung bisher weitgehend unbeachtete Variable ist die zeitliche Taktung der Sitzungen. In der Praxis finden Behandlungen meist wöchentlich oder seltener statt, für Forschungssettings sind hingegen auch hochfrequente Therapien nicht untypisch (mehrstündige Sitzungen oder mehrere Termine pro Woche).

Vor dem Hintergrund klinisch-psychologischer Modelle sind verschiedene Zusammenhänge zwischen Sitzungsfrequenz und Therapieerfolg denkbar:

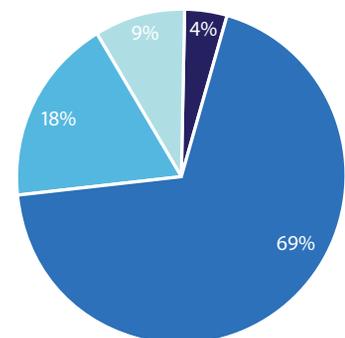
Hohe Sitzungsfrequenz	Niedrige Sitzungsfrequenz
<ul style="list-style-type: none"> <li>kontinuierliches Arbeiten → geringere Vergessensraten</li> <li>schnellere Unterstützung bei Problemen, die zwischen Sitzungen auftreten</li> <li>evtl. engere therapeutische Beziehung möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr Zeit für Einübung des Gelernten im Alltag</li> <li>mehr Zeit, um Therapieinhalte nachwirken zu lassen und zu verarbeiten</li> <li>aufgrund des längeren Zeitraums Begleitung bei schwierigen Lebensphasen möglich</li> </ul>

2016 führte Klara Sommer im Rahmen ihrer Masterarbeit in Psychologie eine Analyse unserer Behandlungsdaten durch, die sich der Frage der Sitzungsfrequenz widmete. Dafür konnten wir die Daten von 1009 Patientinnen und Patienten nutzen, die zwischen 2008 und 2016 im ZPHU behandelt wurden und von denen Fragebogendaten von Beginn und Ende der Behandlung vorlagen.

Zunächst gingen wir der Frage nach, in welcher Sitzungsfrequenz unsere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Da gegen Ende vieler Behandlungen eine Ausschleichphase stattfindet, wurden die jeweils letzten 10% der Sitzungen nicht berücksichtigt.

Für die Abstände (Einheit „Tage“) zwischen den ersten 90% der Sitzungen berechneten wir wiederum bei jedem Patienten den Median, der als Maß der zentralen Tendenz sehr viel robuster gegenüber Ausreißern ist als der Mittelwert. Die folgende Abbildung zeigt, wie häufig vier verschiedene Gruppen vorkommen:

- Gruppe 1 | Median 3-6,5: mehrere Sitzungen pro Woche
- Gruppe 2 | Median 7: regelmäßige, wöchentliche Sitzungen
- Gruppe 3 | Median 7,5-10: überwiegend wöchentliche Sitzungen
- Gruppe 4 | Median > 10,5: häufiger größere Sitzungsabstände als eine Woche



Insgesamt wurde deutlich, dass etwa 70% aller Therapien einem wöchentlichen Rhythmus folgten (Gruppe 2). Behandlungen mit in der Regel mehr als einer Sitzung pro Woche (Gruppe 1) waren sehr selten, ebenso wie Therapien, die etwas seltener als wöchentlich oder tendenziell alle zwei Wochen stattfanden (Gruppen 3 bzw. 4).

Im zweiten Schritt wurden die beiden Gruppen mit besonders hoher bzw. niedriger Sitzungsfrequenz (Gruppe 1 bzw. Gruppe 4) bezüglich verschiedener patienten- und therapiebezogener Variablen verglichen. Die Ergebnisse sind in der umseitigen Tabelle dargestellt.

Variable	Hochfrequente (Gruppe 1)	Niederfrequente (Gruppe 4)	Signifikanter Gruppenunterschied?
 Belastung zu Therapiebeginn (Depressivität: BDI-II, allg. Symptombelastung: BSI-GSI, Funktionsniveau (Fremdeinschätzung): GAF)	M(BDI-II) = 22,5; SD = 12,6; M(BSI-GSI) = 1,2; SD = 0,7; M(GAF) = 51,3; SD = 10,4	M(BDI-II) = 16,8; SD = 11,2; M(BSI-GSI) = 0,9; SD = 0,6; M(GAF) = 56,3; SD = 14,1	Hochfrequente stärker belastet (alle $p < 0,05$ )
 Gesamtanzahl an Therapiesitzungen	M = 41; SD = 18,9	M=30; SD = 12,1	Mehr Sitzungen bei Hochfrequenten ( $p < 0,01$ )
 Alter in Jahren	M = 34,3; SD = 10,8	M = 38,8; SD = 11,8	Hochfrequente jünger ( $p < 0,05$ )
 Verbale Intelligenz (WST; umgerechn. in IQ-Punkte)	M = 102,8; SD = 10,0	M = 102,4; SD = 11,3	nein
 Hauptdiagnose (in Kategorien)	37,2% Depression, 34,9% Angst, 27,9% andere	44,1% Depression, 29,0% Angst, 26,9% andere	nein
 Komorbidität (vorhanden: ja/nein)	60,5 % vorhanden, 39,5% nicht vorh.	58,1% vorhanden, 41,9% nicht vorh.	nein
 Geschlecht	72,1% weiblich, 27,9% männlich	61,3% weiblich, 38,7% männlich	nein

Es zeigte sich, dass Patienten, die eine Behandlung mit kleinen Sitzungsabständen durchlaufen, zu Beginn der Therapie wesentlich stärker belastet sind als Patienten mit niedriger Sitzungsfrequenz. Des Weiteren fällt auch die Gesamtsitzungszahl für die Gruppe der Hochfrequenten höher aus. Außerdem finden sich Unterschiede im Patientenalter: Die Werte weisen darauf hin, dass Patienten mit hochfrequenter Therapie im Durchschnitt 4,5 Jahre jünger sind als Patienten mit großen Sitzungsabständen.

Im letzten Schritt wurde mit Hilfe von Regressionsanalysen berechnet, ob die Sitzungsfrequenz einen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. In diese Analysen wurden zum einen patientenbezogene Variablen einbezogen, die gemäß zusätzlicher Berechnungen relativ hoch mit dem jeweiligen Erfolgsmaß korrelierten (Erkrankungsschwere zu Therapiebeginn, Hauptdiagnose, Komorbidität und Patientenalter). Zum anderen wurde immer auch die Sitzungsfrequenz berücksichtigt.



In allen drei Analysen leistete die Symptombelastung zu Therapiebeginn den größten und einzig signifikanten Erklärungsbeitrag (größerer Behandlungserfolg bei höherer Belastung zu Behandlungsbeginn). Die Variable zur Sitzungsfrequenz (hoch- vs. niederfrequente Gruppe) hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung. Das Ausmaß der durch das jeweilige Modell erklärten Varianz (Adj.  $R^2$ ) betrug 45% (BDI-II), 44% (BSI-GSI) bzw. 11% (GAF).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zunächst zu beachten, dass schwerer belastete Patientinnen und Patienten häufig größere Therapieerfolge bzw. Verbesserungen erzielen. Eine Verbesserung der Werte bedeutet allerdings nicht unbedingt, dass eine Person frei von psychopathologischen Symptomen ist.

Die Sitzungsfrequenz scheint unseren Ergebnissen zufolge für den Therapieerfolg nicht bedeutsam zu sein. Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass das Therapieziel in hochfrequenten Therapien innerhalb eines kürzeren Zeitraums erreicht werden kann, so dass gerade bei hoch belasteten Patient/innen diese Form der Therapieorganisation eine sinnvolle Option ist.