

Horst Kächele

## **Aktuelle und zukünftige Forschungsfragen der Psychotherapie**

„Noch hat Deutschland international eine Spitzenposition in der psychotherapeutischen Versorgung...Ist das Recht auf seelische Gesundheit bald wieder Verhandlungsmasse?“ so expliziert das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten im Januar 2008 einen Beitrag mit dem Titel: „Blick nach vorn mit Unbehagen“. Psychotherapie als Leistung der kassenärztlichen bzw. kassenpsychologischen Versorgung in ambulanten und stationären Settings wäre ein Thema, das bei Ihnen Erwartungen auslösen dürfte, die ein Berufspolitiker besser zu erfüllen imstande wäre als ich es tun werde. Mein Feld ist die Therapieforschung und ich werde mich deshalb auf diese Facette beschränken.

Nichts ist schwieriger vorher zusagen als die Zukunft“ war ein Lieblingsspruch von AE Meyer, dem Doyen der empirischen Psychosomatik und Psychotherapie. Doch es ist nicht so schwierig, fest zu stellen, dass nichts mehr so sein wird, wie es war, bevor das Gesetz zum Psychologischen Psychotherapeuten die Szene nachhaltig beeinflusst hat. Nicht nur weil sich die Zahlenverhältnisse zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sich dramatisch verändert haben, sondern weil mit dem Gesetz auch ein Gremium etabliert werden musste, das die Wissenschaftlichkeit von psychotherapeutischen Verfahren überprüfen muss, bevor diese berufsrechtlich anerkannt werden können. Dass inzwischen auch der Gemeinsame Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen – GBA – ebenfalls eine Überprüfung nach Kriterien einer einseitig interpretierten evidenz-basierten Medizin zur Grundlage einer sozialrechtlichen Anerkennung macht, stellt eine weitere Verschärfung der Zulassungsbedingungen von Psychotherapieverfahren in die real existierende Versorgung dar, wie am Beispiel der Gesprächspsychotherapie in den letzten Jahren zu erleben war.

Praktisch relevantes psychotherapeutisches Handeln und Psychotherapieforschung hatten lange Zeit relativ wenig Berührungspunkte. Vor mehr als dreißig Jahren

kommentierte der damals schon sehr angesehene amerikanische Therapieforscher Luborsky die Ergebnisse einer Erkundungsstudie zur Lage der psychotherapeutischen Forschung, die seine Kollegen Bergin und Strupp 1969 im Auftrag des NIMH in den USA durchgeführt hatten, die dann 1972 publiziert wurde. Schon der Titel von Luborsky's Stellungnahme transportierte die skeptische Botschaft: „Research cannot yet influence practice“ (1969). In der Einleitung zu seinem 1984 erschienen Lehrbuch der expressiv-supportiven Psychotherapie vermittelte Luborsky eine veränderte Auffassung. Nämlich, dass Hinweise auf praktische Konsequenzen der Therapieforschung möglich wären und dass dabei zwischen allgemeinen und speziellen Hinweisen zu unterscheiden sei.

Bei dem Versuch einer Übertragung von Forschungsbefunden auf die Praxis muss allerdings nach wie vor das besondere Verhältnis von Praxis und Forschung in der Psychotherapie berücksichtigt werden: Psychotherapie ist in ein komplexes System der Medizin eingebaut, deren Eigenarten nicht nur von Psychotherapeuten bestimmt werden, sondern von vielen gesellschaftlichen Institutionen und Personen gestaltet werden. In diesem System scheinen die Rollen von Wissenschaftler und Praktiker klar verteilt:

"Ein Wissenschaftler muss bei seiner täglichen Arbeit in hohem Maße in der Lage sein, Kritik und Selbstkritik zu üben. In seiner Welt sind weder die Taten noch die Theorien eines führenden Wissenschaftlers - wie bewundert er persönlich auch sein mag - von Infragestellungen und Kritik ausgenommen. Es gibt keinen Platz für Autorität. Das gilt nicht für die praktische Ausübung eines Berufes.

Wenn ein Praktiker effektiv sein will, muss er bereit sein, so zu handeln, als seien gewisse Prinzipien und Theorien gültig. Und er wird sich bei seiner Entscheidung darüber, welche von diesen Prinzipien und Theorien er sich zu Eigen machen will, wahrscheinlich von der Erfahrung derjenigen leiten lassen, von denen er lernt. Da wir ferner alle die Tendenz haben, uns von der erfolgreichen Anwendung einer Theorie beeindrucken zu lassen, besteht bei Praktikern vor allem die Gefahr, dass sie größeres Vertrauen in eine Theorie setzen als durch die Tatsachen gerechtfertigt erscheinen mag" (Bowlby 1982, S. 200).

Diese Polarisierung benennt einen Kern der schon langen Geschichte des Berufsstandes, bei dem historisch gesehen die Praktiker zugleich die Exegeten ihrer Zunft waren. In allen Kulturen gab es Heiler, wie Jerome Frank dies in seinem noch heute aktuellen Buch (1961/dt. 1981) beschrieb. Dieser kulturelle Topos des Heilers ist nach wie vor aktuell. Rösing (2007) analysiert in ihrem neuesten Buch die Metapher des „verwundeten Heilers“, die als informelles Etikett, als normatives Modell und als empirischer Gegenstand von der Annahme geprägt ist, dass nur der

„verwundete Heiler“ heilen kann. Dies, immer wieder in der ethnographischen Literatur beschrieben, sollte durch ähnliche Studien in der westlichen Psychotherapiekultur herausgearbeitet werden. Bisher wird dieser Topos jedoch nicht durch die vorliegenden empirischen Daten gestützt. Orlinsky's und Ronnestad's (2005) Untersuchungen zu der Perspektive von Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit der therapeutischen Arbeit, ihrer Entwicklungslaufbahn und ihrer persönlichen Lebenserfahrungen belegen an einer großen, weltweiten Stichprobe von fast 4000 Psychotherapeuten aus 23 Ländern, dass 50% von ihnen sich als hilfreich erleben und ihre Arbeit eher nicht als stressvoll erachten (s. Abb. 1):

Die gesellschaftliche Perspektive auf das gesamte System, in dem Praktiker und Wissenschaftlicher agieren, wird meines Erachtens zu selten gemeinsam thematisiert. Forschung und Praxis werden zunehmend keine unvereinbaren Gegensätze mehr sein, sondern werden immer stärker aufeinander bezogen sein. Liest man in einem neueren Lehrbuch (Rieff et al 2005) nach, so sollen sich die Erfahrungen in Kliniken und ambulanter Tätigkeit mit wissenschaftlicher Arbeit zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfügen. Dieses Anliegen wird in diesem Lehrbuch schon im Vorwort ausgedrückt, und setzt sich in der Einleitung fort. Dort wird wiederholte Male der Begriff „wissenschaftlich fundierte Psychotherapie“ ins Spiel gebracht. Nicht überraschend bedauern die Autoren „eine gewisse Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Psychotherapieforschung mit oftmals hochmotivierten Patienten einerseits versus Versorgung in Routineeinrichtungen des Gesundheitswesens andererseits“ (S.16). Diese Spannung wird uns zunehmend beschäftigen.

Nicht nur Leser dieses Lehrbuches – vermutlich vorwiegend Studierende der Psychologie und Ausbildungsteilnehmer zum psychologischen Psychotherapeuten – werden den Stand der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung zur Kenntnis nehmen. Dabei bleibt allerdings unklar, was eine nicht-wissenschaftliche Psychotherapieforschung sein könnte. Die Autoren situieren ihre Diskussion in den Gegensatz von historischer Entwicklung und wissenschaftlicher Fundierung ohne die potentielle Historizität dieser Fundierung zur Kenntnis zu nehmen. Die Halbwertszeit

mancher Feststellungen – wie an Grawes et al. (1994) negativer Bewertung des Autogenen Trainings nachzuvollziehen war – ist nämlich schwer abzuschätzen (Kächele 1995). Der fundamentale Satz der evidenz-basierten Medizin, „absence of evidence does not prove evidence of absence“ dürfte mehr beherzigt werden. Die betont zurückhaltende Wertschätzung der psychodynamischen Therapieformen durch die klar verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren ist bemerkenswert. Obwohl der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach seinen Kriterien diese bereits als wissenschaftlich fundiert bewertet hat, attestieren die Autoren, dass die psychodynamische Therapie „bald eine breitere wissenschaftliche Fundierung haben wird“ (S.17). Ob dies als Begründung ausreicht, in einem Lehrbuch der Psychotherapie diese in der Praxis nach wie vor häufigste Therapieform nicht weiter zu berücksichtigen, dürfte umstritten sein.

In der Darstellung der Forschungsmethoden der Psychotherapie bekennen sich die Autoren geradezu emphatisch zu randomisierten Gruppenvergleichsstudien als dem Goldstandard in der „Psychotherapie-Forschung“; für substantielle, kritische Auffassungen bleibt kaum Raum (z. B. Seligman 1995; Westen et al. 2004); dabei handelt es sich, wenn überhaupt nur um eine Vorgehensweise im Rahmen der sog. Wirksamkeitsbestimmung im experimentellen Setting (efficacy). So werfen die Autoren ernsthaft die Frage auf, ob „der einfache Vergleich von Behandlungsbeginn und Behandlungsende auch Psychotherapieforschung genannt werden sollte (S. 25). Glücklicherweise werden im „Ablaufplan zur wissenschaftlichen Einführung von neuen psychotherapeutischen Interventionen“ jene vier Phasen ausgeführt, die gegenwärtig als wünschenswerte Schritte für die Einführung neuer Interventionen betrachtet werden, wo am Beginn durchaus prä-post Vergleiche ihre berechtigte Funktion haben. Nach der durchaus wünschbaren experimentellen Testung im randomisierten Therapievergleich muss sich jedoch die praktische Bewährung im Felde anschließen. Für diese Forschungs-Phase behaupten die Autoren, dass eine solche Tradition in der Psychotherapieforschung bislang nicht existiere; zutreffender dürfe allerdings sein, dass kaum eine der „empirical supported therapies“ der Liste der American Psychological Association, auf die die Autoren verweisen (S. 37), ihre Wirksamkeit in der Routineversorgung belegt hat; hier besteht erheblicher Nachholbedarf für die von den Autoren präferierten verhaltenstherapeutischen Behandlungen.

Das offenkundige Problem der ökologischen Validität der experimentellen Therapiestudien – die mittlere Dauer der bei Grawe et al. (1994) zitierten VT-Studien beträgt 11 Sitzungen – wird überhaupt nicht diskutiert. Hingegen haben psychoanalytisch-psychodynamische Therapieformen Anwendungsbeobachtungen in nicht kleiner Zahl vorgelegt. Erfreulich ist deshalb dass der WBP in der jüngst verabschiedeten Revision des Methodenpapiers eine solche Phase 4 Studie für jeden Störungs-Bereich fordert; eine Forderung, der man sich mit Freude anschließen kann.

Für die Zukunft ist mit großer Sicherheit eine Durchdringung aller Aspekte von Psychotherapie durch wissenschaftlich evaluierte Methoden zu erwarten.

Dies gilt auch für den Bereich der Diagnostik, der Fragen der Dokumentation und der Qualitätssicherung umfasst. Ob vorzügliche, für Forschung geeignete, Instrumente als „Goldstandard der Klassifikation“ empfohlen werden können, scheint mehr einem Wunschdenken zu entspringen, da diese im praktischen Alltag wohl kaum in Frage kommen. Ob in der individuellen Psychotherapiepraxis oder –klinik forschungserprobte Fragebögen und Ratingskalen vermehrt eingesetzt werden, wird sich zeigen. Insbesondere methodisch anspruchsvolle Instrumente wie das SKID II verlangen mehr als ein Praktiker in der Regel zu leisten bereit ist. Wie Qualitätsmanagement in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten realisiert werden kann, ist ebenfalls eine noch konkreter zu lösende Aufgabe. Ob die Arbeit in Qualitätszirkeln den politisch gewollten Vorgaben nach effizienter Kontrolle entsprechen kann, ist m. E. eine Frage; mutatis mutandis gilt dies auch für das bislang bewährte Gutachterverfahren, dem konkurrierende Systeme der computer-gestützten Monitorings entgegen gehalten werden (Kordy et al. 2002).

Wir werden einen zunehmenden Trend erleben – ausgehend von den wissenschaftspolitisch die öffentliche Meinung bestimmenden klinisch-psychologischen Fachvertretern – dass eine korrekte diagnostische Klassifikation einer Störung als Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung dargestellt wird, auch wenn damit nur selten eindeutige therapeutische Implikationen verbunden sind. Zum Beispiel ergibt sich aus der Diagnose z.B. einer depressiven Störung noch nicht zwingend die Wahl des kognitiven Therapieansatzes, zumal auch für IPT oder psychodynamische Therapie Evidenz vorliegt (Leichsenring 2001). Gleiches gilt für die Diagnose einer Borderline-Störung: soll es DBT nach Linehan, oder TFP nach Kernberg oder MBT nach Bateman u. Fonagy oder gar Schema-Therapie; die Frage

nach weiteren Dimensionen, welche die Auswahl einer passenden Therapie steuern könnten, wird noch kaum gestellt (Beutler u. Clarkin 1990; Kächele u. Kordy 2003).

Derzeit sind wir Zeugen einer tief greifenden Veränderung. Laut Prof. Schulte, dem derzeitigen Vorsitzenden des WBP, ist zur Verhaltenstherapie jede empirisch geprüfte Form von Psychotherapie zu zählen. Mit der Feststellung dass der Begriff Verhalten jegliches Handeln, Denken, Fühlen und Wahrnehmung eines Menschen umfasst, wird ein weites Feld eröffnet. Das Konzept des operanten Lernens reicht mit Sicherheit nicht mehr aus, um die Vielfalt von Lernprozessen abzudecken.

Listigerweise wurden längst Erweiterungen dieses Ansatzes eingeführt, wie die Plananalyse (Caspar 2007) und Schemaanalyse, die hierarchische Konzeptionen vertreten, die eine deutliche Nähe zu psychodynamischen Fallkonzeptionen erkennen lassen. Der Schemabegriff, der schon 1932 von Bartlett eingeführt wurde, beschreibt dynamische, sich stetig entwickelnde Grundstrukturen, die das individuelle Verhalten formen.

Das Konzept störungsspezifischer Therapien scheint seinen Höhepunkt überschritten zu haben; ein ganz neues Lehrbuch (Herpertz et al. 2008) wählt mit Bedacht den Titel „Störungs-orientierte Psychotherapie“; ein Drittel des Buches machen Beschreibungen allgemeiner Therapiekomponenten aus, die die störungs-spezifische Betrachtungsweise ergänzen.

Am Beispiel der Interpersonellen Therapie (IPT) lässt sich jedoch eine charakteristische Entwicklung ausmachen. IPT dürfte wohl kaum zur Verhaltenstherapie gezählt werden, wurde auch nicht dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als solches vorgelegt. IPT ist ein modernes Hybrid, eine wohl ausgewogene Mischung aus verschiedensten Elementen. Ursprünglich an dem Yale Psychiatric Institute für Sozialarbeiter zur Mitbehandlung bei affektiven Störungen entwickelt (Klermann et al. 1984), wurde die Methode dann in Pittsburgs von Ellen Frank und ihren Mitstreitern als eigenständige Psychotherapiemethode weiter ausdifferenziert. Initial als störungsspezifisches Verfahren zur Behandlung affektiver Störungen entwickelt, ist absehbar, dass IPT nicht nur bei Bulimie wirkt, sondern auch bei allen Störungen kurzfristig wirksam sein dürfte, die vorrangig durch interpersonelle Probleme aufrechterhalten werden. Lorna Benjamin's (2003) „Interpersonal reconstructive therapy“ zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zeigt die zu erwartende weitere Entwicklung; ich zitiere hierzu aus der Ankündigung einem Workshop „Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen“ in Düsseldorf:

„Auf der Grundlage ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) entwickelte L. Benjamin die Interpersonale Rekonstruktive Psychotherapie (IRT), die alle klinischen Essentials der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie zu einem hochgradig aktiven Ansatz vereinigt“ (Psychotherapeutenjournal 2007, S. 335).

Aus einer störungsspezifischen Methode wird ein durch konzeptuelle Anreicherung ein breit einsetzbares Verfahren. Oder ist es doch nur eine Methode mehr im Arsenal erfolgreicher Therapeuten.

Lassen Sie mich deshalb aus dem Glossar des WBP zur Unterscheidung von Verfahren und Methoden einiges zitieren:

#### Psychotherapeutische Grundorientierung:

„Dieses Konzept aus dem "Forschungsgutachten" (Meyer et al. 1991) bezieht sich auf übergeordnete theoretische Hintergrundsannahmen, denen sich unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren zuordnen lassen. ... Typischerweise handelt es sich um ein spezifisches, d.h. eigenständiges und differenziertes Theoriesystem, das eine spezifische Nosologie (Krankheits-, Störungs-) und Gesundheitslehre mit einer äthologisch orientierten Behandlungstheorie verbindet. Eine möglichst weitgehende empirische Validierung solcher Hintergrundsannahmen ist anzustreben. Beispiele: Behavioristisches Modell, Psychoanalytisches Modell, Humanistische Psychologie.

#### Psychotherapeutisches Verfahren

Dieser Begriff aus dem PsychThG meint eine umschriebene Form psychotherapeutischer Praxis, die sich als ausreichend standardisiert erwiesen hat. Die umschriebene Anwendungspraxis des Verfahrens bezieht sich auf eine psychotherapeutische Grundorientierung, von der sie eine praktisch bewährte, so weit wie möglich auch empirisch evaluierte, Umsetzung darstellt. Die Differenzierung in unterschiedliche Einzelverfahren, die sich auch dieselbe Grundorientierung beziehen, ist sowohl konzeptuell als auch anwendungsbezogen gegenwärtig noch unbefriedigend. Beispiele: Verhaltenstherapie, Psychoanalytische Therapie, Gesprächstherapie.

#### Psychotherapeutische Technik

Mit psychotherapeutischer Technik ist eine konkrete Methode innerhalb der Behandlungspraxis gemeint. Das Konzept ist handlungsbezogen, d.h. als ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen (idealerweise operational) beschreibbar. Der Anwendungsbereich ist bei einer bestimmten Behandlungstechnik meist enger als bei einem Verfahren und der Bezug zu einer theoretischen Grundorientierung kann im Einzelfall deutlich lockerer, im Extrem gar nicht vorhanden sein. Beispiele: Symptomexposition in vivo, Fokalthherapie, EMD

Mir scheint, dass die Unterscheidung von Verfahren als Grundorientierung und Methode bzw. Technik als Anwendung im Rahmen einer Grundorientierung dabei ist zu erodieren, verloren zu gehen oder wie auch immer man diese Veränderung beschreiben möchte.

Was ich oben für das Beispiel IPT gesagt habe, gilt auch für EMDR oder auch für neuropsychologische Therapieansätze, die vom WBP für eine Störungs-Kategorie ratifiziert wurden. Zwar wird derzeit im WBP die ‚Systemische Therapie‘ als Verfahren behandelt; das Phänomen der fortschreitenden Hybridisierung ist auch bei der systemischen Therapie nicht zu übersehen. Mischbildung ist Trumpf. Es ist fast schon grotesk zu sehen, wie mehr oder minder bemüht versucht wurde, bestimmte Studien für die SYSTEMISCHE zu reklamieren, da deren Anteil an Verhaltenstherapie unter 50% läge. Kein Wunder, dass die Verhaltenstherapeuten in diesem Gremium umgekehrt sich anstrengten, systematische Elemente als Teil ihrer Methoden doch zu betonen.

Grundlagen – Theorien wie die Bindungstheorien (Strauß et al. 2002), Emotions- und Handlungstheorien aller Art werden von praktisch allen Methoden in Anspruch genommen; aus den Bausteinen werden theoretische Klammern gebastelt, denen allerdings für die nüchterne Wirksamkeitsevaluierung nur geringe Bedeutung zukommt. Um nochmals das leidige Thema ‚Gesprächspsychotherapie‘ zu bemühen. Der sachliche Streit geht wohl besonders darum, ob sich eine moderne Gesprächspsychotherapie (Eckert et al. 2006) – im Unterschied zu einer alten GT - die emotions-aktivierenden Techniken, wie sie der Kanadier Greenberg (1986) sie erfolgreich eingesetzt hat, auf ihr Verdienstkonto verbuchen darf. Dessen kontrollierte Studien hätten einen wesentlichen Beitrag zur möglichen Anerkennung der GT als wissenschaftlich anerkannt leisten sollen. Und darf man die ziel-orientierte Gesprächstherapie von Sachse (1992) noch zur eigentlichen Gesprächstherapie

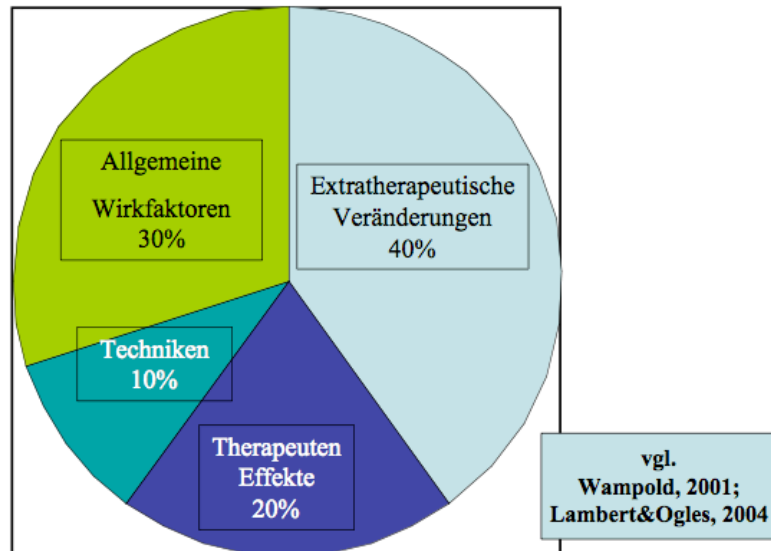


zählen – das sind die Gretchenfragen, die uns zukünftig noch mehr beschäftigen werden als sie es jetzt schon tun.

Angesichts einer wachsenden Zahl von Methoden ist es nur eine Frage der Zeit, dass weitere Methoden die Hürde der kontrollierten Evidenzermittlung überspringen. Jüngst publizierte die ‚Musiktherapeutische Umschau‘ eine Meta-Analyse über eine Vielzahl von Störungsbildern aus dem Erwachsenen- und Kinderbereich, die, wenn sie zutreffend sein sollte – was denkbar ist, da sie unter der Leitung von Prof. Revenstorf an der Universität Tübingen erstellt wurde – den Gang zum WBP nahe legen würde. Und - da ich vor Vertretern der KBT spreche, halte ich es für durchaus denkbar, dass auch Ihre Methode für bestimmte Störungsbereiche entsprechende Leistungsnachweise erbringen wird. Pokorny et al. (1996) haben bereits den Anspruch in ihrer Monographie „Konzentrationale Bewegungstherapie“ formuliert, nicht nur eine Methode zu sein, sondern ein Verfahren, also eine Grundorientierung zu realisieren.

Allerdings muss man fragen, wie viele Methoden ein Psychotherapeut bereitstellen kann oder welche Methoden mit seiner Persönlichkeit kompatibel sind. Angesichts der gut belegten Tatsache – evidenzbasiert also - dass die Technik eines Therapeuten nur ca. 10% der Ergebnisvarianz erklärt (Wampold 2001; Lambert & Ogles 2004; Strauß & Wittmann 2005), sollte in Zukunft mehr Forschung auf die Förderung der Kompetenz einzelner Therapeuten durchgeführt werden.

## Vorhersage von Behandlungserfolgen durch ....



Ein solches Denken läuft aber der Medikamenten-Analogie – Psychotherapie als Medikament – entgegen.

Dieser unter Praktikern ungern diskutierte Sachverhalt ist seit Luborsky et al. (1985) erster Übersicht ein relativ unterbelichtetes Feld. Die Nach-Frage der Wissenschaft ist doch: Gibt es Therapeuten, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren und andere, die sie erfolgreich vermeiden? Okiishi et al. (2006) fanden bei 2000 Patienten an einer Studentenberatung für Therapeuten, die mit mindestens 15 Patienten in der Studie beteiligt (aber relativ unerfahren) waren, folgendes: Die erfolgreichsten Therapeuten hatten 10 x größere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen (bei denen Pat. sich verschlechterten!). Die Wirkung war relativ konsistent über alle Patienten und nicht abhängig von Art und Umfang der Ausbildung, Orientierung und Geschlecht: also müssen andere Variablen verantwortlich sein! Natürlich ist es leicht, die Ergebnisse dieser Studie wegen ihrer Basis zu relativieren: Studentenberatung, keine echte Psychotherapie. Hier ist weitere Forschung dringend nötig! Psychotherapien verlaufen nicht immer problemlos und Therapeuten sind mindestens teilweise ganz klar dafür verantwortlich: dies ist nicht erst seit dem Aufkommen des Internets einer breiteren Öffentlichkeit bekannt (Caspar & Kächele 2007; Hoffmann et al. 2008). Hierzu liefern

Forschungsfragen

die differentiellen Analysen von Sandell (2007) der Stockholmer Studie  
überwältigende Befunde:

## Forschungsfragen

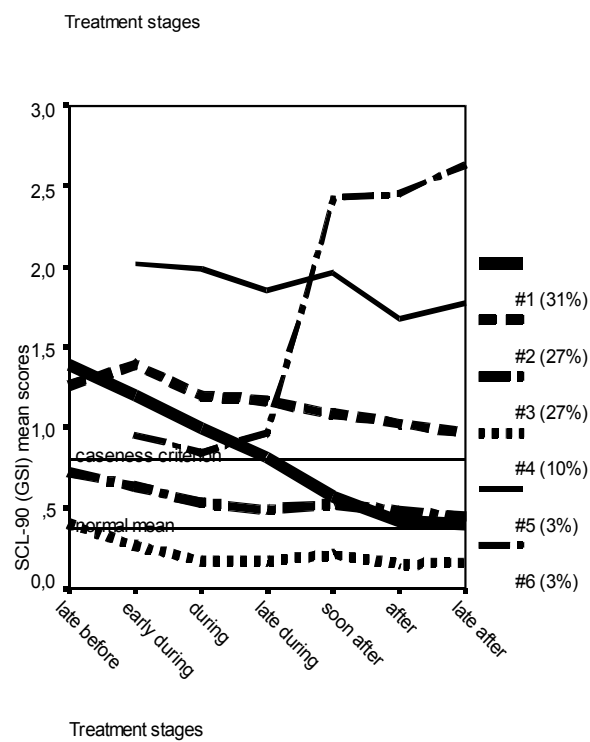
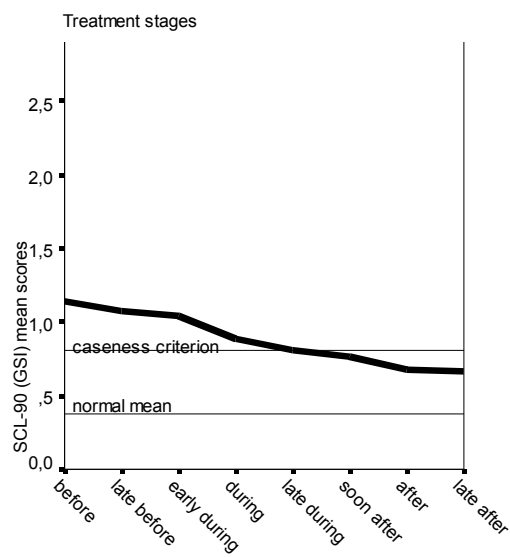
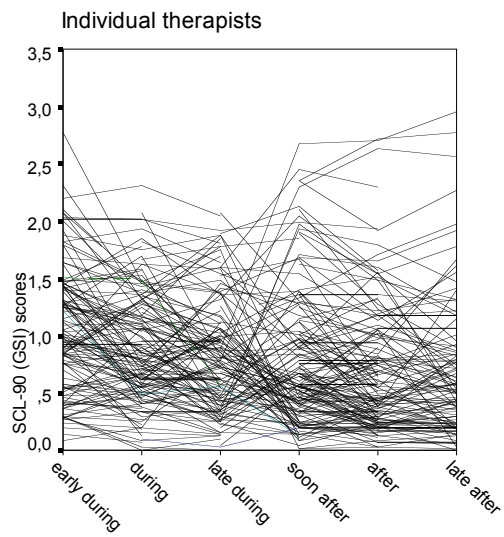


Figure 6. Treatment result trajectories of the General Symptom Index among therapists in the STOPPP. Upper panel: Individual trajectories of 219 therapists; middle panel: Mean trajectory; lower panel: Latent class model.

Im Grunde müsste eine Führerscheinprüfung die Zulassung einer Methode ergänzen. Der rein experimentelle Nachweis einer Wirkung (efficacy) sagt noch wenig über die Verwirklichung im praktischen Feld (effectiveness) aus.

Bibliographie

- Bartlett, F. C. (1932): Remembering: a study in experimental and social psychology. Cambridge, Cambridge University Press
- Benjamin, L. S. (2003). Interpersonal reconstructive therapy. New York - London: The Guilford Press.
- Bergin, A. E., & Strupp, H. H. (1972). Changing frontiers in the science of psychotherapy. New York: Aldine.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. (1990): Systematic treatment and selection: Toward targeted therapeutic interventions. New York, Brunner/Mazel
- Caspar, F. M. (2007). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse: 3. Ed. Bern: Huber.
- Caspar F, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In Herpertz S C, Caspar F, Mundt C. Störungsorientierte Psychotherapie, München, Urban u. Fischer, S 729-743
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M., & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie - Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nardort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649-658.
- Grawe, K (1998): Psychologische Therapie. Göttingen Hogrefe
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 4-9.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1987). Emotion in Psychotherapy. Affect, Cognition, and the Process of Change. New York, London: The Guilford Press.
- Herpertz, S. C., Caspar, F., & Mundt, C. (Eds.). (2008). Störungsorientierte Psychotherapie. Urban u. Fischer. München
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53: 4-16
- Kächele H (1995) Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. Psyche - Z Psychoanal 5: 481-492
- Kächele, H, Kordy H (2003): Indikation als Entscheidungsprozess. In: von Uexküll, T (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, Jena, Urban & Fischer), S. 425-436
- Klermann, G. L., Weissman, M. M., & Rounsaville, B. J. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.
- Kordy, H., Hannover, W., & Bauer, S. (2002). Evaluation und Qualitätssicherung in der psychosozialen Versorgung. In E. Brähler, & B. Strauß (Eds.), Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Göttingen: Hogrefe. pp 425-448
- Lambert, M J., Ogles, BM (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M J. (Hrsg.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5. Aufl. New York Chichester Brisbane, Wiley, S. 139-193
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clinical Psychology Review, 21, 401-419.

- Leichsenring, F, Leibing, E (2003): The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Luborsky, L. (1969). Critical evaluation of Strupp and Bergin. Research cannot yet influence clinical practice. *International Journal of Psychiatry*, 7, 135-140.
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. Basic Books, New York; dt. (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Pokorny, V., Hochgerner, M., & Cserny, S. (1996). Konzentrierte Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren (Vol. 4. Wien: Facultas-Universitäts-Verlag.
- Rief, W., Exner, C., & Martin, A. (2006). Psychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. (1992). Zielorientierte Gesprächstherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sandell R (2007) Behandlungsergebnisse aus dem Bereich von Psychoanalyse und Analytischer Psychotherapie. DGPT Kongress Dresden
- Seligman, M. E. P. (1995): The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Strauß, B., Buchheim, A., & Kächele, H. (Eds.). (2002). Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Strauß, B., Wittmann, W. W. (2005): Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In: Senf, W und Michael Broda (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart, Thieme Verlag, S. @@
- Wampold, B. (2001): The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. Mahwah, NJ
- Westen, D., Novotny, C. M., Thompson-Brenner, H. (2004): The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled trials. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 631-663.

# Typologie von Therapeuten

Orlinsky, D. E. und M. H. Rönneberg (Eds.) (2005): *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*.  
Washington, DC (APA Books)

	Entspannt - lustvoll	Kämpferisch - angestrengt	
gut	<b>Wirksame Praxis</b> (Effective Practice)  N = 1802: 50% <b>viel hilfreiche Beteiligung</b> (much healing involvement)  <b>wenig angestrenzte Beteiligung</b> (little stressful involvement)	<b>Kämpferische Praxis</b> (Challenging Practice)  N = 821: 23% <b>viel hilfreiche Beteiligung</b> (much healing involvement)  <b>mehr als nur etwas angestrenzte Beteiligung</b> (more than a little stressful involvement)	
schlecht	<b>Unbeteiligte Praxis</b> (Disengaged Practice)  N = 629: 17% <b>wenig hilfreiche Beteiligung</b> (not much healing involvement)  <b>wenig angestrenzte Beteiligung</b> (little stressful involvement)	<b>Gestresste Praxis</b> (Distressing Practice)  N = 377: 10% <b>wenig hilfreiche Beteiligung</b> (not much healing involvement)  <b>mehr als nur etwas angestrenzte Beteiligung</b> (more than a little stressful involvement)	