

Vom Sinn des Verfahrenskonzepts und der Verfahrensvielfalt – und warum das Baukasten-System in der Psychotherapie nicht funktioniert

Falk Leichsenring¹, Allan Abbass², Manfred Beutel³, Harald Gündel⁴, Gereon Heuft⁵, Sven-Olaf Hoffman³, Horst Kächele^{4,6}, Johannes Kruse^{1,7}, Ulrich Rüger⁸, Gerd Rudolf⁹, Carsten Spitzer¹⁰, Simone Salzer^{6,8}, Patrick Luyten¹¹, Bruce Wampold¹², Christiane Steinert^{1,13}

Summary

Why the concept of distinct psychotherapeutic approaches is indispensable – and why the tool box concept of psychotherapy cannot work

Background: In Germany, the official psychotherapy guidelines are oriented towards the model of distinct psychotherapeutic approaches. Within the German health care system this also applies to the training in psychotherapy. Some critics, however, are presently pleading in favour of abolishing the model of distinct psychotherapeutic approaches, which also implies to abolish the concept of the so called “Richtlinienverfahren” in Germany – approaches of psychotherapy which proved to be efficacious and whose costs are reimbursed by the insurance companies.

Objective: The arguments put forward such as the heterogeneity of the approaches as well as the proposed alternatives, for example, an “integrative” model of both mental disorders and psychotherapeutic treatment are critically discussed.

Results: Both the arguments and proposed alternatives are found to be not convincing, neither from a scientific nor from a psychotherapeutic perspective. From a scientific perspective, there is no evidence for efficacy of a “general” or “integrative” model of psychotherapy – which is in contrast to the Richtlinienverfahren for which evidence for efficacy

¹ Universität Gießen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie.

² Dalhousie University, Department of Psychiatry, Centre for Emotions and Health, Halifax, NS, Kanada.

³ Universität Mainz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

⁴ Universität Ulm, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

⁵ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.

⁶ International Psychoanalytic University Berlin.

⁷ Universität Marburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie.

⁸ Universität Göttingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

⁹ Universität Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik.

¹⁰ Universität Rostock, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie.

¹¹ University of Leuven, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Belgium.

¹² University of Wisconsin, Madison, United States und Modum Bad Psychiatric Center, Modum Bad, Norwegen.

¹³ MSB Medical School Berlin, Abteilung Psychologie.

exists. From a psychotherapeutic perspective psychotherapy cannot be taught, learnt and applied by use of tools or modules without a theoretical orientation.

Conclusions: The concept of distinct psychotherapeutic approaches proves to be an indispensable principal for orientation in psychotherapy, for both therapists and patients.

Z Psychosom Med Psychother 65/2019

Keywords

Psychotherapeutic Approaches – Modules – Training in Psychotherapy

Zusammenfassung

Fragestellung: In Deutschland sind die geltenden Psychotherapierichtlinien für die ambulanten Behandlungen verfahrensorientiert ausgerichtet und auch die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung erfolgt im deutschen Gesundheitssystem verfahrensbezogen. In letzter Zeit werden jedoch Stimmen laut, die sich gegen die Beibehaltung des Verfahrensbegriffs in der Psychotherapie aussprechen und damit auch die Richtlinien-Psychotherapie in Frage stellen.

Ziel: Die vorgebrachten Argumente (z. B. die Heterogenität der Verfahren) sowie die vorgebrachten Alternativen (z. B. ein verfahrens-übergreifendes „integratives“ Störungs- und Therapiemodell nach dem Baukasten-Prinzip) werden kritisch diskutiert.

Ergebnisse: Die vorgebrachten Argumente gegen das Konzept der Verfahren und die präsentierten Alternativen erweisen sich unter wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Gesichtspunkten als wenig überzeugend. Zum einen wird gezeigt, dass Psychotherapie nach dem Baukasten-Prinzip anhand von störungsspezifischen Methoden oder Modulen „verfahrens-übergreifend“ weder gelernt noch gelehrt oder ausgeübt werden kann. Zum anderen gibt es für eine „allgemeine“ oder „integrative“ Psychotherapie bisher keinerlei Evidenz – im Unterschied zu den Richtlinien-Verfahren.

Schlussfolgerungen: Das Konzept der Psychotherapie-Verfahren erweist sich als ein unverzichtbares Orientierungsprinzip sowohl für Therapeuten als auch für Patienten.

In Deutschland erfolgt die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Psychologen verfahrensbezogen und entsprechend sind auch die geltenden Psychotherapierichtlinien als Grundlage für die Kostenerstattung durch das Gesundheitssystem verfahrensorientiert ausgerichtet (Dieckmann et al. 2018). Daher legt auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP, wbpsychotherapie.de) das Konzept des Psychotherapieverfahrens seinen Prüfalgorithmen zu Grunde (Kasten 1) und unterscheidet neben den Psychotherapie-Verfahren auch -Methoden und -Techniken.

In letzter Zeit werden jedoch Stimmen laut, die sich aus verschiedenen Gründen gegen den Verfahrensbegriff in der Psychotherapie aussprechen. Diese Stimmen kommen von Vertretern der Verhaltenstherapie (Rief 2018) und der Psychiatrie (z. B. Berger 2009; Herpertz u. Herpertz 2013). In einem aktuellen Beitrag zum

Kasten 1: Verfahren, Methoden und Techniken nach Definition des WBP

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP, wbpsychotherapie.de) ist nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes eingerichtet worden und begutachtet, ob ein Verfahren die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt und zur Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten empfohlen werden kann (wbpsychotherapie.de).

Bei seiner Arbeit orientiert sich der WBP an dem sogenannten Methodenpapier. Nach dem Methodenpapier zeichnet sich ein **Verfahren** aus durch eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung, eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Eine psychotherapeutische **Methode** ist im Unterschied dazu weniger umfassend im Hinblick auf den theoretischen Hintergrund, die Interventionsmethoden und das Behandlungsspektrum.

Eine psychotherapeutische **Technik** ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, zum Beispiel die Übertragungsdeutung im psychodynamischen Verfahren oder die Reizkonfrontation in vivo in der Verhaltenstherapie.

Stand der Psychotherapieforschung und ihrer zukünftigen Ausrichtung diskutiert auch Strauss (2019) die Frage der Verfahrensorientierung kritisch und nimmt hier Bezug auf Rief (2018), der die Position der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), wie sie zum Beispiel in den Stellungnahmen der DGPs zur Reform des Psychotherapeutengesetzes zum Ausdruck kommt (DGPs 2019a, 2019b), repräsentiert. Im Folgenden sollen die verschiedenen Argumente, die gegen den Verfahrensbezug und die darauf aufbauende Richtlinien-Psychotherapie vorgebracht werden, sowie die vorgeschlagenen Alternativen kritisch diskutiert werden.

1. Das Argument der konzeptionellen Heterogenität

In Zusammenhang mit dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur humanistischen Therapie (wbpsychotherapie.de) betont Rief (2018) die Heterogenität der in einem Verfahren zusammengefassten „Interventionen“ – „Methoden“ in der Terminologie des WBPs. Bei dieser Diskussion ist es wichtig, zwischen Methoden innerhalb eines Verfahrens (Kap. 1.1.) und zwischen den Verfahren selbst (Kap. 1.2.) zu differenzieren.

1.1. Unterschiede (zwischen Methoden) innerhalb der Verfahren

Auf der konzeptuellen Ebene konnte gezeigt werden, dass sich die verschiedenen Methoden zur Behandlung bestimmter Störungen innerhalb eines Verfahrens in einem hohen Maße überlappen, was zum Beispiel zur Entwicklung der so genannten „unified protocols“ sowohl im Bereich der Verhaltenstherapie als auch im Bereich der psychodynamischen Therapie geführt hat (Barlow et al. 2017; Leichsenring u. Salzer 2014; Leichsenring u. Schauenburg 2014b; Leichsenring u. Steinert 2018). Diese umfassen gemeinsame Kerninterventionen der verschiedenen empirisch bewährten Methoden. Bei allen Unterschieden besteht offenbar eine ausreichende Übereinstimmung auf der konzeptuellen Ebene zwischen den Methoden innerhalb eines Verfahrens. Auch ob und inwieweit die theoretisch „unterschiedlichen“ Methoden innerhalb eines Verfahrens anhand der verwendeten Techniken empirisch von verblindeten Ratern unterschieden werden können, zum Beispiel die verschiedenen psychodynamischen Methoden zur Behandlung von Angststörungen, ist eine zumindest offene Frage (Leichsenring u. Salzer 2014; Leichsenring u. Steinert 2018). Analog gilt dies auch für die Methoden zum Beispiel der Verhaltenstherapie.

1.2. Unterschiede zwischen den Verfahren

In einer Vielzahl von Studien konnte dagegen gezeigt werden, dass zum Beispiel Aufzeichnungen von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapiesitzungen von verblindeten Auswertern ausreichend sicher unterschieden werden können (z. B. Bögels et al. 2014; Connolly Gibbons et al. 2016; Crits-Christoph et al. 1999; Leichsenring et al. 2013; Leichsenring et al. 2009; Luborsky 1982; Shapiro 1994; Svartberg et al. 2004; Tasca et al. 2006). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass bei aller Heterogenität innerhalb der „Familie“ (Verfahren) eine ausreichende Unterscheidbarkeit zwischen verschiedenen „Familien“ besteht.

2. „Verfahrensübergreifende Orientierung“ und Eklektizismus

Anstelle einer Orientierung an wissenschaftlich anerkannten Verfahren plädieren manche Vertreter der Verhaltenstherapie und der Psychiatrie für eine Orientierung an „evidenzbasierten psychotherapeutischen Behandlungsansätzen“ (Berger 2009; DGPs 2019a, Herpertz u. Herpertz 2013; Rief 2018). Eine „integrative“ oder „allgemeine Psychotherapie“ soll die verschiedenen evidenzbasierten Behandlungsansätze zusammenfassen. Damit in Einklang schlagen Rief und Strauss (2018) ein verfahrens-übergreifendes „integratives“ generisches Störungsmodell vor. Danach wählen Therapeuten auf der Basis dieses Störungsmodells nach dem Baukasten-Prinzip die Interventionen aus, die für das betreffende Störungsbild am sinnvollsten sind. Rief und Strauss (2019, S. 1) sprechen von „Bausteinen“.

Dieser Psychotherapie-Baukasten legt zum einen ein Menschenbild nahe, bei dem nur noch Störungsbereiche isoliert betrachtet werden und nicht mehr der

„ganze“ Mensch mit allen seinen Facetten (Parzellisierung). Der Vorschlag einer „integrativen“ oder „allgemeinen“ Psychotherapie, die auf Bausteinen beruht, lässt außerdem viele Fragen offen. So bleibt es unklar, wie eine wissenschaftliche „Integration“ stattfinden soll. Wählt sich der Therapeut nach dem von Rief und Strauss (2018) vorgeschlagenen Baukasten-Prinzip für jeden Patient die passenden Bausteine selbst aus? Nach welchem theoretischen Modell? - Es gibt keine theoriefreien Interventionen (Linden 2009). Wie und wo findet die Integration statt: im Kopf des individuellen Therapeuten? Jeweils anders für den individuellen Patienten? Wo liegen die Unterschiede zu den vermutlich breit praktizierten eklektischen Psychotherapieformen? Lambert (2013b, S. 8, Übers. d. Verf.) schreibt hierzu: „Unglücklicherweise gibt es offenbar wenig Übereinstimmung zwischen eklektischen Therapeuten über die spezifischen Techniken, die am hilfreichsten sind, und daher ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass zwei eklektische Therapeuten dieselben Techniken bei dem gleichen Patienten anwenden würden.“ Darüber hinaus kann kein Therapeut, wie vom Baukasten-System nahegelegt, in allen Verfahren praktizieren (Linden 2009).

Weiterhin ist der Anteil spezifischer Techniken am Therapieergebnis eher gering (Wampold 2015). Norcross und Lambert (2011) schätzen ihren Anteil auf gerade einmal 8 %. Offenbar tragen andere Faktoren, die nicht methoden-spezifisch sind, deutlich mehr zum Therapieergebnis bei. Eine Orientierung an isolierten Methoden oder Techniken ohne Bezug auf eine zugrunde liegende Störungs- und Therapietheorie ist allein aus diesen Gründen verfrüht und greift zu kurz. Sie könnte sogar zu einer Reduzierung der Wirksamkeit führen, da bisher unbekannte Wirkfaktoren eventuell nicht mit gelehrt und gelernt werden.

Besonders schwer wiegt weiterhin, dass es bisher keinerlei empirische Evidenz in Form von Wirkungsnachweisen für eine wie auch immer geartete „integrierte“ oder „allgemeine Psychotherapie“ gibt (Beutel et al. 2015). Castonguay (2011, S. 130, Übers. d. Verf.) schließt aus den vorliegenden Befunden (z.B. Boswell et al. 2010; Ulvenes et al. 2012), es sei nicht erwiesen, „dass die Kombination von Techniken (sogar der besten) aus mehreren Schulen immer einer reinen Therapieform überlegen ist.“ Auch sind die Wechselwirkungen von Techniken aus verschiedenen Verfahren weitgehend unbekannt. Wie auch in der Pharmakotherapie sind schädliche Wechselwirkungen möglich, nicht zuletzt zum Beispiel auf die therapeutische Beziehung. Um solche Wechselwirkungen angemessen einschätzen zu können, braucht es einen theoretischen Hintergrund, wie ihn das Verfahrenskonzept liefert.

Daraus folgt, dass die in einem Gesundheitssystem notwendigerweise von Seiten der Kostenträger und der Patienten zu Recht gestellten Anforderungen an eine qualitätsgesicherte psychotherapeutische Behandlung durch einen eklektischen Ansatz nicht sicher erfüllt werden können. Damit steigt auch die Gefahr für die psychotherapeutischen Professionen selber, sich im Falle von juristisch relevanten Vorwürfen ihrer (ehemaligen) Patienten, unsachgemäß/unprofessionell etc. behandelt worden zu sein, nicht ausreichend unter Bezugnahme auf adäquate Standards verteidigen zu können. Der Vorschlag einer „integrierten“ oder „allgemeinen“ Psy-

chotherapie ist daher noch weit entfernt von den Ansprüchen, die an ein Verfahren auch in Bezug auf die definierten Indikationsbereiche (s. Methodenpapier des WBPs) gestellt werden und die die bisher anerkannten Verfahren erfüllen (Linden 2009; wbpsychotherapie.de).

Es ist bemerkenswert, dass Vertreter genau des Therapieverfahrens, das sich gern selbst als die „wissenschaftliche Psychotherapie“ bezeichnet (die Verhaltenstherapie, z. B. David et al. 2018), eine Therapieform propagieren, für die es keinerlei Wirkungsnachweise gibt (z. B. Berger 2009; DGPs 2019a; Herpertz u. Herpertz 2013; Rief 2018). Dies gilt im Übrigen auch für den Vorschlag, Psychotherapie zukünftig nicht an Verfahren, sondern an „evidenz-basierten“ Methoden zu orientieren: deren Evidenz stammt aus Studien mit Therapeuten, die in einem Verfahren ausgebildet worden waren. Wie diese Methoden abschneiden, wenn sie (zukünftig) von Therapeuten angewendet werden, die diesen Hintergrund nicht haben, ist unbekannt. Zukünftige Therapeuten würden in einem Therapieansatz („evidenzbasierter Pluralismus“, DGPs 2019b, S. 4) ausgebildet, für den es keine Evidenz gibt. Das ist erstaunlich, fordert doch die DGPs (2019b, S. 2) „Evidenzbasierung als oberste Priorität in der Ausbildung“.

3. Einheitstherapie statt Vielfalt ? - One size does not fit all

Wie Linden (2009, S. 264) betont, redet eine „allgemeine“ oder „integrative“ Therapie einer „unitheoretischen Welt“ das Wort. Manche Vertreter der Verhaltenstherapie verstehen unter Integration ganz unverhohlen eine verhaltenstherapeutisch dominierte Therapie, in die Elemente anderer Verfahren „einverleibt“ werden. So schreiben David et al. (2018, S. 1, Übers. v. Verfass.) im Sinne eines Alleinvertretungsanspruchs der Verhaltenstherapie: „Wir plädieren für eine integrierte wissenschaftliche Psychotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie als Plattform der Integration.“ Die Argumente, durch „evidenzbasierte“, störungsspezifische Methoden würde eine therapeutische Vielfalt gewährleistet (DGPs 2019a, 2019b; Van Emmerik et al. 2018, S. 832), sind daher wenig glaubwürdig. Hier geht es ganz offensichtlich nicht wirklich um Vielfalt, sondern um das genaue Gegenteil: um Unitarismus. – Im Übrigen würde es sich hier auch wieder um ein Verfahren handeln (Linden 2009).

Eine allgemeine Psychotherapie, sei sie an Grawe (2004) oder anderen Autoren orientiert, die **nur Vertreter eines Verfahrens einschließt**, birgt die Gefahr der Einheitstherapie. Dies lässt sich am Beispiel von Grawes Klärungsperspektive verdeutlichen. Diese bleibt notwendigerweise der Verhaltenstherapie und ihrem theoretischen Bezugsrahmen verhaftet, wenn sie nicht von Vertretern mit Fachkunde in psychodynamischer Therapie in Forschung und Lehre vertreten wird. So erfordert zum Beispiel das Grundprinzip der „Klärung“ aus psychodynamischer Sicht auch die Kenntnis von unbewussten Prozessen (z. B. Primärprozess, Abwehrmechanismen, Widerstand) und Konflikten, wie sie etwa von der Operationalisierten

Psychodynamischen Diagnostik (OPD et al. 2008) beschrieben werden. (Behandlungs-)Begriffe sind in einem theoretischen Kontext verwurzelt und können nicht von diesem losgelöst betrachtet oder angewendet werden (Linden 2009). So warnt auch Orlinsky (2011, zitiert nach Beutel et al. 2015) vor der übereilten Entwicklung einer „allgemeinen“ oder „integrierten“ Psychotherapie, da scheinbar gleiche Begriffe in verschiedenen therapeutischen Verfahren eine unterschiedliche Bedeutung haben (z. B. die therapeutische Allianz). Letztlich resultiert dies aus den unterschiedlichen Menschenbildern, die den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zu Grunde liegen (Orlinsky 2011, zitiert nach Beutel et al. 2015).

4. Zukunftsorient: Vielfalt statt Monokultur

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie belegt ihr Plädoyer für eine Orientierung an evidenz-basierten Methoden mit Begriffen wie „verfahrens-übergreifend“, „dynamisch“, „zukunftsorientiert“, „pluralistisch“ und „evidenzbasiert“. Dagegen werden (wissenschaftlich anerkannte) Verfahren, das Verfahrenskonzept selber und die Richtlinien-therapie mit Begriffen wie „traditionell“ und „starr“ negativ konnotiert (DGPs 2019a, S. 4, 2019b). Diese Beschreibung erinnert an die zum Beispiel aus der Hypnotherapie bekannte Technik des Reframing. Sie suggeriert, die Vorschläge der DGPs seien „zukunftsorientiert“, eine Orientierung an Verfahren dagegen „veraltet“. Wie oben gezeigt, zielen die Vorschläge der DGPs aber auf eine verhaltenstherapeutisch orientierte Einheitstherapie, eine Monokultur. Monokulturen waren noch nie zukunftsweisend, weder in der Biologie (wie gerade das Insektensterben zeigt) noch in der Ökonomie (Lorsch 2015). Dass eine psychotherapeutische Monokultur nicht zukunftsweisend ist, zeigt ganz aktuell eine unabhängige Prüfung der Empfehlungen der American Psychological Association (APA) für evidenz-basierte Psychotherapie (Sakaluk et al. in press). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Wirksamkeit der überwiegend verhaltenstherapeutischen Methoden über Jahrzehnte nicht zugenommen hat (Sakaluk et al., in press). Dies stimmt mit Befunden anderer Wissenschaftler überein, nach denen die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei depressiven und Angststörungen in den letzten Jahrzehnten stagniert oder sogar abgenommen hat (Johnsen u. Friberg 2015; Öst 2008). Diese Ergebnisse – unabhängiger Wissenschaftler – sind schwerlich mit dem reklamierten „zukunftsorientierten“ Anspruch der DGPs vereinbar.

5. Ausbildung und Entwicklung von Psychotherapeuten

Orlinsky und Rønnestad (2005) befragten etwa 5000 Psychotherapeuten zu ihren Ausbildungserfahrungen. Die Autoren leiten aus ihren Ergebnissen die Empfehlung ab, dass sich die Ausbildung von Psychotherapeuten zunächst in einem konsistenten theoretischen Bezugsrahmen bewegen sollte. Erst danach sei es sinnvoll,

auch andere Verfahren zu lernen. Diese Empfehlung ist konsistent mit den von Boswell und Castonguay (2007) beschriebenen Phasen der psychotherapeutischen Ausbildung:

- Erwerb basaler Fertigkeiten
- Erprobung unterschiedlicher Behandlungen
- Identifizierung mit Ansätzen, Haltungen und Konzepten
- Konsolidierung und Vertiefung des Wissens und schließlich
- Integration, das heißt Verbindung verschiedener Ansätze in einem kontextuellen Modell („life long learning from many masters“).

Diese Ergebnisse sprechen dafür, eine Aus- beziehungsweise Weiterbildung in Psychotherapie verfahrens-spezifisch durchzuführen, da dies einen konsistenten Bezugsrahmen für Praxis, Selbsterfahrung und Supervision liefert (Beutel et al. 2015). Hierfür sprechen auch Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen von Psychotherapeuten und ihrer psychotherapeutischen Orientierung. So fanden Heinonen und Orlinsky (2013) deutliche Zusammenhänge zwischen dem professionellen Beziehungsstil von Therapeuten aufgrund ihrer theoretischen Orientierung und ihrer Beziehungsgestaltung in ihrem persönlichen Leben. – Eine bestimmte Therapierichtung passt nicht für alle, auch nicht für alle Therapeuten. Mit Rudolf (2016) ist ein psychotherapeutisches Vorgehen nicht nur durch eine wissenschaftliche Methode und ihre Techniken geprägt, sondern wird auch von anthropologischen Grundannahmen geleitet. Diese sind in den unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen durchaus verschieden und werden in den jeweiligen Ausbildungsgängen und Supervisionen als persönliche Haltungen vermittelt. Ziel einer therapeutischen Aus- und Weiterbildung ist es daher nicht allein, nachweisbar wirksame technische Handlungsweisen zu vermitteln, sondern auch die Entwicklung therapeutischer Persönlichkeiten – im Sinne einer verfahrensspezifischen therapeutischen Identität – zu fördern. So betonen auch Beutel et al. (2015), dass wesentliche Teile der Psychotherapieausbildung durch Identifikationsprozesse sowie als Lernen am Modell stattfinden, zum Beispiel in der Selbsterfahrung und der Supervision der Ausbildungsbehandlungen. Daher sei davon auszugehen, dass Menschenbild und therapeutische Haltung nicht nur in der Theorievermittlung kognitiv vermittelt werden, sondern insbesondere durch Identifizierung der Weiterbildungsteilnehmer mit den Lehrenden verinnerlicht werden. Vieles spräche dafür, dass diese Identifikationsprozesse störungsärmer ablaufen, wenn die Lehrenden klare und in sich konsistent Haltungen vertreten – was die Vermittlung von Offenheit und Akzeptanz gegenüber anderen therapeutischen Verfahren nicht ausschließt (Beutel et al. 2015). Insofern ist eine „researcher allegiance“ dieser Form (im Sinn einer Identifizierung) entgegen der Argumentation von Rief (Rief 2018, Vortrag, zitiert nach Strauss 2019) nicht notwendigerweise schädlich. Eine Identifizierung mit Haltungen und Konzepten stellt nach Boswell und Castonguay (2007) gerade im Gegenteil eine notwendige Phase in der Therapieausbildung dar. Auch zum Therapieerfolg trägt es bei, wenn ein Therapeut Pa-

tienten zuversichtlich und überzeugend vermittelt, dass das angebotene Vorgehen hilfreich ist (Wampold 2015). Unter dem Gesichtspunkt der Mentalisierung geht es mit Fonagy und Allison (2014) um „epistemic trust“, Vertrauen in den Therapeuten als sichere Informationsquelle.

Diese Ergebnisse liefern weitere Belege dafür, dass in der Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie eine Orientierung an Verfahren unabdingbar ist, eine Orientierung allein an Methoden dagegen nicht ausreicht. Auch ein vorhergehender Studiengang Psychotherapie, der Elemente der Therapieausbildung vorwegnimmt, wie es die Reform des Psychotherapeutengesetzes vorsieht, ist daher verfahrens- und nicht methoden-orientiert auszurichten.

6. Richtlinien-Psychotherapie oder Orientierung an Leitlinien? – Erkenntnis und Interesse

Nicht nur der Verfahrensbegriff, auch das auf Psychotherapie-Verfahren basierende Konzept der Richtlinien-Psychotherapie wird von manchen Autoren und Fachgesellschaften in Frage gestellt (DGPs 2019a; Rief 2018). Psychotherapeutische Verfahren sollten nach diesen Vorstellungen nicht „per Gesetz“ in Form der Richtlinienpsychotherapie für alle Indikationsbereiche ohne zeitliche Begrenzung etabliert werden, sondern psychotherapeutische Methoden sollen kontinuierlich überprüft werden (DGPs 2019a; Rief 2018). Dieser Vorschlag soll im Folgenden diskutiert werden.

6.1. Die Richtlinienverfahren sind überprüft und werden überprüft

Die Kritik der DGPs und von Rief (DGPs 2019a; Rief 2018) übersieht zum einen, dass die Richtlinienverfahren (psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und neuerdings auch die systemische Therapie) vom WBP geprüft und als wissenschaftlich anerkannt worden sind (wbpsychotherapie.de). Eine weitere Prüfung der psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) findet gerade statt. Die Prüfung der systemischen Therapie durch den GBA ist abgeschlossen.

6.2. Leitlinien werden oft von Interessen beeinflusst

Rief (2018) plädiert weiterhin dafür, nur solche Psychotherapie-Methoden in der Aus- und Weiterbildung zu lehren, die den aktuellen Behandlungsleitlinien entsprechen. Hierbei wird übersehen, dass Behandlungsleitlinien nicht immer und nicht unbedingt in erster Linie durch die wissenschaftliche Evidenz bestimmt werden, sondern auch durch Machtverhältnisse und Interessen innerhalb der jeweiligen Kommission (Parteilichkeit oder „researcher allegiance“), auch wenn versucht wird, solche Einflüsse in einem formalisierten Konsensprozess auszubalancieren. Auf diesen Zusammenhang zwischen Erkenntnis und Interesse hat

Habermas (1972) hingewiesen. Ein besonders eklatantes Beispiel für fragwürdige Leitlinien-Empfehlungen ist der aktuelle Entwurf der NICE guidelines für die Behandlung von Depression, gegen die zur Zeit in England heftige Kritik laut wird (Clark 2018b; McPherson et al. 2018). Auch die Leitlinien der (verhaltenstherapeutisch dominierten) APA werden ganz aktuell durch die bereits erwähnte unabhängige Prüfung durch Sakaluk et al. (in press) in Frage gestellt. Für fast alle von der APA als „empirisch gestützt“ beurteilten Therapien erwies sich die Replizierbarkeit der Beurteilungen als besorgniserregend niedrig. Nur für einige wenige verhaltenstherapeutische Therapieformen (z. B. Cognitive Processing Therapy oder Prolonged Exposure für post-traumatische Belastungsstörung) konnten die Beurteilungen repliziert werden. Andere Therapieformen, deren Evidenz von der verhaltenstherapeutisch dominierten APA als „kontrovers“ eingestuft worden war, wie die psychodynamische Therapie der Panikstörung nach Milrod et al. (2007), schnitten dagegen in der unabhängigen Auswertung (Sakaluk et al. in press) deutlich besser ab, ihr wurde eine starke Evidenz zugesprochen („strong evidence“) – ein Hinweis auf einen bias der APA zu Ungunsten einer nicht-verhaltenstherapeutischen Methode. Einige Therapien, die von der APA das Gütesiegel „strong research support“ verliehen bekommen hatten, zeigen im Unterschied dazu in der unabhängigen Auswertung von Sakaluk et al. (in press) in fast allen Maßen schlechte Ergebnisse, explizit werden hier aus dem verhaltenstherapeutischen Bereich die Dialektisch Behaviorale Therapie, Verhaltensaktivierung bei Depression oder kognitive Remediationstherapie zur Besserung der Symptome bei schizophrenen Patienten (Sakaluk et al. in press) angeführt. Diese Ergebnisse reihen sich ein in ein größeres Bild, wonach die Replizierbarkeit vieler Ergebnisse der Psychologie, insbesondere auch der kognitiven Psychologie, auf der die kognitive Verhaltenstherapie fußt, überraschend gering ist (Open Science Collaboration 2015). Bereits eine frühere Untersuchung konnte zeigen, dass sich die Ergebnisse mehrerer verhaltenstherapeutischer Studien nicht replizieren ließen (Tajika et al. 2015). Wir können Rief (2018, zitiert nach Strauss) daher nur zustimmen, wenn er eine unkontrollierte researcher allegiance als „schlechte wissenschaftliche Praxis“ bezeichnet (Wampold et al. 2017). Die Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen erfordert eine objektive und keine „parti-politisch“ geschönte Darstellung des Forschungsstandes. Parteilichkeit ist im Übrigen auch im Bereich der Forschungsförderung nachgewiesen worden (Nicholson u. Ioannidis 2012): Es wird überwiegend Mainstream Forschung gefördert („conform and be funded“). Auch im Bereich der Drittmittelvergabe ist deshalb mehr Transparenz und Ausgewogenheit erforderlich, zumal es um Steuergelder geht (Kasten 2).

Die Diskussion um die NICE guidelines, die Ergebnisse von Sakaluk et al. (in press) zu den Leitlinien der APA und von Nicholson und Ioannidis (2012) zur Forschungsförderung belegen den Zusammenhang zwischen „Erkenntnis und Interesse“ (Habermas 1972) und zeigen im vorliegenden Zusammenhang, dass manche Empfehlungen zur Psychotherapie einer unabhängigen empirischen Prüfung nicht standhalten. Diese Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sprechen gegen

die Empfehlung von Rief (2018), sich zukünftig vor allem an Leitlinien zu orientieren. Im Gegensatz zu manchen anderen Kommissionen ist der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie paritätisch besetzt, was zu einer Kontrolle von researcher allegiance und Interessen-Konflikten beiträgt – auch eine Form der adversarial collaboration (Mellers et al. 2001). Der Wissenschaftliche Beirat folgt außerdem bei seinen Beurteilungen einem in seinem Methodenpapier festgelegten Prozedere mit definierten Kriterien (wbpsychotherapie.de).

6.3. Leitlinien orientieren sich an Diagnosen

Leitlinien orientieren sich an kategorialen Diagnosen und Störungsbildern. Allerdings sind kategoriale Diagnosen zum einen kaum hilfreich für die Therapieplanung (z. B. Henry 1998; Tolin et al. 2015). Es lassen sich keine therapeutischen Interventionen daraus ableiten. Zum anderen wird seit einiger Zeit ganz grundsätzlich die aktuelle Nosologie in Frage gestellt, insbesondere die Aufsplitterung in immer feinere Diagnosegruppen (Barlow et al. 2014; Batstra u. Frances 2012; Frances 2013). Da Behandlungsleitlinien in aller Regel störungs- und diagnosespezifisch ausgerichtet sind, sprechen die angeführten Argumente nicht nur gegen eine einseitige Ausrichtung der Psychotherapie(-Ausbildung) an klassifikatorischen Diagnosen, sondern auch an störungsspezifischen Leitlinien. Warum jemand beispielsweise unter einer Somatisierungsstörung leidet, ist erst einmal auf der psychischen Ebene mit ihm herauszuarbeiten, um dann eine erfolgreiche Psychotherapie planen zu können.

7. Freiheit von Lehre und Forschung

Die DGPs (2019 b, S. 5) plädiert in ihrer Stellungnahme vom 07.05.2019 für die „Freiheit von Lehre und Forschung“ im Studiengang Psychotherapie. Diese Forderung richtet sich gegen „externe Eingriffe in die inhaltliche Profilierung von Lehrpersonal und von Fachbereichen (z. B. Festlegung bestimmter Therapierichtungen)“ und somit wohl in erster Linie gegen eine Berufung von Vertretern wissenschaftlich anerkannter Verfahren mit anderer Fachkunde als Verhaltenstherapie. Gerade dies ist aber, wie oben belegt, erforderlich, wenn alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gleichermaßen kompetent im Studium vermittelt werden sollen. – Die Forderung der DGPs ist noch in anderer Hinsicht bemerkenswert: von 60 staatlichen Lehrstühlen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie sind derzeit 59 mit Verhaltenstherapeuten besetzt. Tatsächlich erfolgt die Besetzung de facto schon lange nach Verfahren – dies wurde von der DGPs bisher jedoch noch nie in Frage gestellt. Die Verhaltenstherapie hat ganz offensichtlich eine Monopolstellung an den staatlichen Universitäten inne – und möchte diese zementieren („keine externen Eingriffe“).

8. „Veränderte Gewichtung“ unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren?

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs 2019 b) reklamiert, dass „manche traditionellen Therapieansätze“ – gemeint sind die psychoanalytisch begründeten (psychodynamischen) Verfahren – in den letzten Jahrzehnten „unter wissenschaftlicher Perspektive weniger überzeugen konnten als andere“, gemeint ist hier vor allem die Verhaltenstherapie. Daher fordert die DGPs (2019 b, S. 4) „dass es Veränderungen in den Gewichtungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze“ geben müsse. – Was auch immer damit gemeint ist.

Tatsächlich aber zeigen aktuelle Forschungsergebnisse, dass es im Gegensatz zu den Ausführungen der DGPs (2019 b) in den letzten Jahrzehnten in den psychoanalytisch begründeten Verfahren bedeutsame wissenschaftliche Weiterentwicklungen gegeben hat, so etwa die Entwicklung störungsspezifischer manual-geleiteter Therapien (Beutel et al. 2010; Leichsenring et al. 2018; Leichsenring et al. 2015a; Leichsenring et al. 2015b; Steinert et al. 2017), von transdiagnostischen Methoden (Leichsenring u. Salzer 2014; Leichsenring u. Schauenburg 2014a; Leichsenring u. Steinert 2018), von psychodynamischer Internettherapie (Johansson et al. 2013; Johansson et al. 2012) und nicht zuletzt die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD et al. 2008). Für die wichtigsten Störungsbilder erfüllt die psychodynamische Therapie die Kriterien empirisch-gestützter Therapien der APA (Chambless u. Hollon 1998; Leichsenring et al. 2015) und hat sich als ebenso wirksam erwiesen wie andere evidenz-basierte Verfahren einschließlich der Verhaltenstherapie (Community and Mental Health Team 2016; Driessen et al. 2010; Keefe et al. 2014; Steinert et al. 2017).

Umgekehrt ist jedoch, wie bereits angemerkt, die Evidenzlage für die Verhaltenstherapie bei weitem nicht so gut, wie reklamiert wird, wenn sie von unabhängigen Forschern kritisch geprüft wird (Cuijpers et al. 2016; Jauhar et al. 2019; Jauhar et al. 2016; Jauhar et al. 2014; Sakaluk et al. 2019).

Bemerkenswert ist auch, dass Verhaltenstherapie ganz überwiegend als Kurzzeittherapie (bis zu 24 Sitzungen) empirisch überprüft ist (z. B. Cuijpers et al. 2016), in der klinischen Praxis in Deutschland jedoch mit bis zu 80 Sitzungen durchgeführt wird (Dieckmann et al. 2018). Hierfür gibt es so gut wie keine Evidenz. Auch sind die Erfolgsraten der Verhaltenstherapie begrenzt. Ihre Remissions-Raten (Heilungsraten) liegen unter 50 %, die Besserungsraten um 50 %, beide sind nicht höher als die anderer Verfahren (Cuijpers et al. 2014; Loerinc et al. 2015; Springer et al. 2018). Angesichts des relativ hohen Anteils an Patienten, die von Verhaltenstherapie nicht profitieren, könnten aber gerade diese „Non-Responder“ von deutlich anderen Verfahren wie zum Beispiel dem systemischen oder psychodynamischen Verfahren profitieren – und umgekehrt. Die DGPs (2019 b) plädiert für eine Verbesserung der Heilungsquoten durch konsequente Umsetzung evidenz-basierter Psychotherapie und bezieht sich hier auf die Initiative zur Verbesserung des Zugangs zu psychologischer Therapie in England (IAPT, Clark 2018a).

Tatsächlich erreichte psychodynamische Therapie bei depressiven Störungen und Angststörungen in England vergleichbare Heilungsraten (50 % und 45,9 %) wie Verhaltenstherapie (49 % und 45,9 %) (Community and Mental Health Team 2016). Aus diesem Grund plant auch Clark, der Initiator der Initiative zur Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien in England, dafür, die Behandlungskapazität für psychodynamische Therapie zu verbessern, um Patienten eine Behandlungsalternative zu bieten (Clark 2018a, S. 163). – Aus solchen Ergebnissen eine „veränderte Gewichtung“ psychotherapeutischer Verfahren in Deutschland (zugunsten der Verhaltenstherapie?) abzuleiten, ist wissenschaftlich schwer nachvollziehbar.

Tatsächlich teilen prominente Vertreter der Verhaltenstherapie den oben beschriebenen Alleinvertretungsanspruch nicht. So betonen DeRubeis und Lorenzo-Luaces (2017, S. 33, Übers d. Verfass.): „Wenn sich die Frage stellt, ob die Forschung weit genug ist, um die Position zu unterstützen, dass nur noch kognitive Verhaltenstherapie beforscht, gelehrt und Personen mit psychischen Problemen angeboten werden sollte, dann ist die Antwort ein klares ‘Nein’.“

9. Die Aktualität des Verfahrensbegriffs

Aus den dargestellten Überlegungen und Forschungsergebnissen ist deutlich geworden, dass das Verfahrenskonzept in der Psychotherapie unverzichtbar ist (s. auch Beutel et al. 2015; Linden 2009). Es dient der notwendigen Orientierung sowohl für Therapeuten als auch für Patienten. Dies betrifft bereits die Aufklärung über die Störung und die geplante Behandlung, die einen wichtigen (allgemeinen) Wirkfaktor bilden (Wampold 2015). Dabei schließt eine Verfahrensorientierung eine störungsspezifische Therapie nicht aus (Linden 2009), ein Missverständnis, das der Stellungnahme von Berger (2009) offenbar zugrunde liegt.

Verfahrens-Orientierung und Richtlinienpsychotherapie gewährleisten die notwendige Vielfalt an Therapie-Optionen. Und nicht zuletzt gibt es unter Studierenden ein deutliches Interesse an einer breiten Ausrichtung der Psychotherapie (<https://www.psychoanalyse-universität.de/>). Die Orientierung an Psychotherapie-Verfahren ist im Übrigen kein deutscher Sonderweg, sondern auch international vertreten. So sind die Forschungsergebnisse im renommierten Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert 2013a) nach Verfahren gegliedert („major approaches“).

Die Richtlinienpsychotherapie schafft Sicherheit für Patienten und Therapeuten, auch im rechtlichen Sinn. In Deutschland haben wir eine vergleichsweise gute Versorgung durch Psychotherapie. Hieran zu rütteln, aus welchen Interessen auch immer (Habermas 1972), ist höchst problematisch, da die Risiken und (unbeabsichtigten?) Nebenwirkungen nicht absehbar sind. Eine Zusammenfassung der in dieser Arbeit vorgebrachten zentralen Argumente findet sich in Kasten 2.

Kasten 2: Zentrale Argumente für Verfahren und Verfahrensvielfalt

- Die verschiedenen Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie; psychoanalytisch begründete Therapie) lassen sich empirisch ausreichend sicher voneinander unterscheiden.¹⁴
- Allein anhand von (evidenz-basierten) Methoden oder Bausteinen ohne Verfahrensbezug lässt sich Psychotherapie weder lernen, noch lehren oder anwenden. Das gilt auch für die Verhaltenstherapie (Linden 2009). Es fehlt der theoretische Bezugsrahmen zur Orientierung, auf dessen Bedeutung auch die Ausbildungsforschung klar verweist.
- Eine integrierte oder allgemeine Psychotherapie
 - ist bisher in keiner Weise evidenz-basiert und
 - fördert eine Einheitstherapie und Monokultur.
- Gegen eine Orientierung an (diagnosespezifischen) Leitlinien an Stelle von Verfahren sprechen
 - die Gefahr der Parteilichkeit (Erkenntnis und Interesse, Habermas 1972),
 - der geringe Nutzen von Diagnosen für die Therapieplanung und
 - die Probleme der Nosologie (Aufsplitterung in immer feinere Diagnosen).
- Eine Vielfalt an evidenz-basierten psychotherapeutischen Verfahren ist notwendig, da
 - die Heilungsraten aller Verfahren unter 50 % liegen und Patienten, die von einem Verfahren nicht profitieren, von einem deutlich anderen Verfahren profitieren können (wie z. B. bei Medikamenten auch),
 - sich Psychotherapeuten je nach ihrer Persönlichkeit für ein bestimmtes Verfahren entscheiden,
 - kein Verfahren sich bisher gegenüber den anderen als überlegen erwiesen hat,
 - es bedeutsame wissenschaftliche Weiterentwicklungen in anderen Verfahren wie zum Beispiel den psychodynamischen Verfahren gegeben hat, die sich als evidenz-basiert und ebenso wirksam erwiesen haben wie andere evidenz-basierte Verfahren,
 - Monokulturen noch nie zukunftsweisend waren („one does not fit all“).
- Gegenwärtig besteht an den staatlichen Universitäten ein massives Ungleichgewicht zu Gunsten der Verhaltenstherapie:
 - von 60 staatlichen Lehrstühlen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie sind 59 mit Verhaltenstherapeuten besetzt,

¹⁴ Wenn eine Patientin zum Beispiel über die wiederholte Untreue ihrer Partner klagt, würde ein psychodynamischer Therapeut fragen, ob es vielleicht ein unbewusstes Motiv gibt für die Patientin, sich grundsätzlich untreue Partner zu suchen oder ihn etwa im Laufe der Zeit zu einem untreuen Partner zu machen (Hohagen 2001). Ein Verhaltenstherapeut würde dagegen zum Beispiel auf klärende Gespräche der Partner, Vereinbarungen zwischen den Partnern und eventuelle Konsequenzen bei Verletzung der Vereinbarungen setzen.

Kasten 2: (Fortsetzung)

- die Besetzung erfolgt also de facto seit langem nach Verfahren (Monokultur und Monopolisierung),
- Forschung und Lehre sind daher einseitig verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.
- Da die Universitäten Kollegiaten und Gutachter zum Beispiel für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) stellen, hat dieses Ungleichgewicht auch potentiell Folgen für die Forschungsförderung (Parteilichkeit und einseitige Verteilung der Forschungsmittel).
- Im Psychotherapiestudium müssen im Interesse der Patienten alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gleichermaßen kompetent gelehrt werden. Dies setzt bei Dozenten eine Fachkunde in dem jeweils gelehrt Verfahren voraus.

Literatur

- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., Ellard, K. K. (2014): The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychology Science* 2, 344–365.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., Cassiello-Robbins, C. (2017): The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 74, 875–884.
- Batstra, L., Frances, A. (2012): Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychother Psychosom* 81, 5–10.
- Berger, M (2009): Brauchen wir noch Psychotherapieschulen bzw. -verfahren? *Verhaltenstherapie* 19, 268–271.
- Beutel, M., Doering, S., Leichsenring, F., Reich, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M. E., Michal, M., Wiltink, J., Subic-Wrana, C. (2015): Wie zeitgemäß ist der Verfahrensbezug in psychotherapeutischer Ausbildung und Praxis? *Z Psychosom Med Psychother* 61, 342–358.
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., Sallaerts, S. J. (2014): Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depress Anxiety* 31, 363–373.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G. (2007): Psychotherapy training: Suggestions for core ingredients and future research. *Psychotherapy (Chic)* 44, 378–383.
- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., Wasserman, R. H. (2010): Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *J Consult Clin Psychol* 78, 717–723.
- Branson, A., Shafraan, R., Myles, P. (2015): Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behav Res Ther* 68, 19–26.

- Castonguay, L. G. (2011): Psychotherapy, psychopathology, research and practice: pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research* 21, 125–140.
- Chambles, D. L., Hollon, S. D. (1998): Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66, 7–18.
- Clark, D. M. (2018a): Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annu Rev Clin Psychol* 14, 159–183.
- Clark, J. (2018b): Guest Editorial Psychoanalytic Psychotherapy 32, 95–101.
- Community and Mental Health Team (2016): Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services, England 2015–2016.
- Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., Yin, S., Crits-Christoph, P. (2016): Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: A randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry* 73, 904–911.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., Beck, A. T. (1999): Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 56, 493–502.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A. (2014): The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord* 159, 118–126.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M. H. J. (2016): How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 15, 245–258.
- David, D., Cristea, I., Hofmann, S. G. (2018): Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry* 9, 4.
- DeRubeis, R. J., Lorenzo-Luaces, L. (2017): Recognizing that truth is unattainable and attending to the most informative research evidence. *Psychotherapy Research* 27, 33–35.
- DGPs (2019a): Deutsche Gesellschaft für Psychologie und Fakultätentag – Stellungnahme des Fakultätentages Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zum Kabinettsentwurf des BMG zur Reform der Psychotherapieausbildung. Brief an die Gesundheits- und Wissenschaftsminister/innen der Bundesländer vom 13.03.2019.
- DGPs (2019b): Deutsche Gesellschaft für Psychologie und Fakultätentag Psychologie – Stellungnahme der DGPs und des Fakultätentages Psychologie zur Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages am 15.05.2019. <https://psychotherapie.dgps.de/aktuelles/>.
- Dieckmann, M., Dahm, A., Neher, M. (2017): Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban & Fischer.
- Driessen, E., Cuijpers, P., deMaat, S. C. M., Abbass, A., deJonghe, F., Dekker, J. J. M. (2010): The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression. A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 25–36.
- Fonagy, P., Allison, E. (2014): The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)* 51, 372–380.
- Frances, A. (2013): Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnoses, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: Harper Collins.

- Grawe, K. (2004): Psychological therapy. Göttingen: Hogrefe.
- Habermas, J. (1972): Knowledge and human interest. Heinemann: Educational Books.
- Heinonen, E., Orlinsky, D. E. (2013): Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research* 23, 718–731.
- Henry, W. (1998): Science, politics, and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research* 8, 126–140.
- Herpertz, S., Herpertz, S. C. (2013): [„Richtlinien“-psychotherapy – quo vadis?]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63, 32–38.
- Hohage, R. (2001): Tiefenpsychologie II. In: Cierpka, M., Buchheim, P. (Hg.): *Psychodynamische Konzepte*, S. 25–32. Berlin: Springer.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K. R. (2014): Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 204, 20–29.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Laws, K. R. (2016): NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: searching for the evidence. *Lancet Psychiatry* 3, 386–388.
- Jauhar, S., Laws, K. R., McKenna, P. J. (2019): CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychol Med* 49, 1233–1236.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A. (2012): Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PLoS ONE* 7, e38021.
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljotsson, B., Rousseau, A., Frederick, J. J., Andersson, G. (2013): Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the internet: a randomized controlled trial. *PeerJ* 102, 1–22.
- Johnsen, T. J., Friberg, O. (2015): The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychol Bull* 141, 747–768.
- Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J. P. (2014): A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 34, 309–323.
- Lambert, M. (2013a): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Lambert, M. (2013b): Introduction and historical overview. In: Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, pp. 3–20. New York: Wiley.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kachele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rüger, U., Winkelbach, C., Leibing, E. (2009): Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 166, 875–881.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Huesing, J., Joraschky, P., Nolting, B., Poehlmann, K., Ritter, V., Stangier, U., Strauss, B., Stuhldreher, N., Tefikow, S., Teismann, T., Willutzki, U., Wiltink, J., Leibing, E. (2013): Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 170, 759–767.
- Leichsenring, F., Salzer, S. (2014): A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: an evidence-based approach. *Psychotherapy (Chic)* 51, 224–245.
- Leichsenring, F., Schauenburg, H. (2014a): Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression – towards an evidence-based unified protocol. *J Affect Disord* 169, 128–143.

- Leichsenring, F., Schauenburg, H. (2014b): Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression - Towards an evidence-based unified protocol. *J Affect Disord* 169C, 128–143.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., Steinert, C. (2015a): The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother Psychosom* 84, 129–148.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S., Steinert, C. (2015b): Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* 2, 648–660.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Leweke, F., Luyten, P., Keefe, J. R., Midgley, N., Rabung, S., Salzer, S., Steinert, C. (2017): Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. *Psychol Med* 47, 1000–1011.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., Steinert, C. (2018): "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Front Psychiatry* 9, 159.
- Leichsenring, F., Steinert, C. (2018): Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *J Affect Disord* 232, 400–416.
- Linden, M. (2009): Brauchen wir noch Psychotherapieschulen bzw. -verfahren? *Verhaltenstherapie* 19, 263–267.
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., Craske, M. G. (2015): Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev* 42, 72–82.
- Lorsch, J. R. (2015): Maximizing the return on taxpayers' investments in fundamental biomedical research. *Mol Biol Cell* 26, 1578–1582.
- Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T., Rosenzweig, J. (1982): Can independent judges recognize different psychotherapies? An experiment with manual-guided therapies. *J Consult Clin Psychol* 30, 49–62.
- McPherson, S., Rost, F., Town, J., Abbass, A. (2018): Epistemological flaws in NICE review methodology and its impact on recommendations for psychodynamic psychotherapies for complex and persistent depression. *Psychoanalytic Psychotherapy* 32, 102–121.
- Mellers, B., Hertwig, R., Kahneman, D. (2001): Do frequency representations eliminate conjunction effects? An exercise in adversarial collaboration. *Psychol Sci* 12, 269–275.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E. T., Graf, E., Teres, J. J., Shear, M. K. (2007): A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164, 265–272.
- Nicholson, J. M., Ioannidis, J. P. (2012): Research grants: Conform and be funded. *Nature* 492, 34–36.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2011): Evidence-based therapy relationships. In: Norcross, J. C.: *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*, pp. 279–300. New York: Oxford University Press.
- OPD, Task Force (2008): *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2 - Manual for diagnosis and treatment planning*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Open Science Collaboration (2015): PSYCHOLOGY. Estimating the reproducibility of psychological science. *Science* 349, aac4716.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. (2005): *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Orlinsky, D. E. (2011): Vortrag Society of Psychotherapy Research Asilomar, California.
- Öst, L.-G. (2008): Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nord J Psychiatry* 47, 5–10.
- Rief, W. (2018): Das kritische Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur humanistischen Psychotherapie: Anlass zur Reflexion des Begriffs „Psychotherapieverfahren“. *Verhaltenstherapie* 28, 68–71.
- Rief, W., Strauss, B. (2018): Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut* 63, 401–408.
- Rudolf, G. (2016): Psychotherapeutische Identität. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Sakaluk, J. K., Kilshaw, R. E., Williams, A. J., Rhyner, K. T. (in press): Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ESTs): A meta-scientific review. *J Abnorm Psychol*.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., Startup, M. (1994): Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62, 522–534.
- Springer, K. S., Levy, H. C., Tolin, D. F. (2018): Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 61, 1–8.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., Leichsenring, F. (2017): Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry* 174, 943–953.
- Strauss, B. (2019): Innovative Psychotherapieforschung . wo stehen wir und wo wollen wir hin. *Psychotherapeutenjournal* 18, 4–10.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., Seltzer, M. H. (2004): Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 161, 810–817.
- Tajika, A., Ogawa, Y., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Furukawa, T. A. (2015): Replication and contradiction of highly cited research papers in psychiatry: 10-year follow-up. *Br J Psychiatry* 207, 357–362.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayrton, J., Lybanon, V., Bissada, H. (2006): Attachment scales predict outcome in a randomized clinical trial of group psychotherapy for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research* 16, 106–121.
- Tolin, D., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., Thombs, B. D. (2015): Empirically supported treatments: recommendations for a new model. *Clinical Psychology Science and Practice* 22 N4, 317–338.
- Ulvenes, P.-G., Berggraf, L., Hoffart, A., Stiles, T.-C., Svartberg, M., McCullough, L., Wampold, B. E. (2012): Different processes for different therapies: therapist actions, therapeutic bond, and outcome. *Psychotherapy (Chic)* 49, 291–302.
- Van Emmerik, A. P., de Jong, K., Hofmann, S. (2018): Letter to the editor. *JAMA Intern Med* 319, 832.
- Wampold, B. E. (2015): How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14, 270–277.
- Wampold, B. E., Fluckiger, C., Del Re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., Hilsenroth, M. J. (2017): In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research* 27, 14–32.

Webb, C. A., deRubeis, R. J., Barber, J. (2010): Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 78, 200–211.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Falk Leichsenring, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ludwigstraße 76, D-35392 Gießen, Deutschland;
E-Mail: falk.leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de