

*Freiburg 2007***Forscher und Praktiker – wer lehrt wen was?***Horst Kächele, Ulm*

1969 kommentierte Lester Luborsky die Ergebnisse einer Erkundungsstudie zur Lage der psychotherapeutischen Forschung, die Allan E. Bergin und Hans Strupp im Auftrag des NIMH in den USA durchgeführt hatten. Schon im Titel seiner Stellungnahme war eine Skepsis zu erkennen: „Research cannot yet influence practice“. In der Einleitung zu seinem 1984 erschienen Lehrbuch der expressiv-supportiven Psychotherapie vermittelte Luborsky eine veränderte Einstellung. Seitdem wird davon ausgegangen, allgemeine und spezielle Hinweise auf praktische Konsequenzen der Therapieforschung zu geben. Allerdings muss nach wie vor bei dem Verhältnis von Praxis und Forschung in der Psychotherapie berücksichtigt werden, dass Psychotherapie in ein komplexes System der Medizin eingebaut ist, deren Eigenarten nicht nur von Psychotherapeuten bestimmt 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 trifft einen Kern der schon langen Geschichte des Berufsstandes, wobei historisch gesehen die Praktiker zugleich die Exegeten ihrer Zunft waren. Zuerst waren die Heiler da, in allen Kulturen, wie Jerome Frank dies in seinem noch heute aktuellen Buch (1961/dt. 1981) beschreibt. Bei seinem Tod im April 2005 wird vor allem die Befreiung betont, dass er der orthodoxen psychoanalytischen Gemeinschaft ermöglichte neue Behandlungsformen zu fördern:

„His accomplishment was that it liberalized thinking about psychotherapeutic treatment and allowed the orthodox psychoanalytical community to foster the development of new types of psychotherapy, including the self-psychology movement“ (The Johns Hopkins Gazette April 2005).

Der 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. Was für ein Thema für z.B. David Orlinsky's and Helge Ronnestad's (2005) Untersuchungen zu der Perspektive von Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit der therapeutischen Arbeit, ihrer Entwicklungslaufbahn und ihrer persönlichen Lebenserfahrungen.

Die gesellschaftliche Perspektive auf das gesamte System, in dem Praktiker und Wissenschaftlicher agieren, wird m. E. zu selten gemeinsam thematisiert. Vermutlich kennen alle das ‚Generische Modell der Psychotherapie‘ von Orlinsky und Howard (1987; dt. 1988). Die dort identifizierten Bereiche bieten einen guten Einstieg um die Möglichkeiten zu erkunden, wie klinische Relevanz und Forschungseifer gegeneinander oder miteinander abgeschätzt werden können.

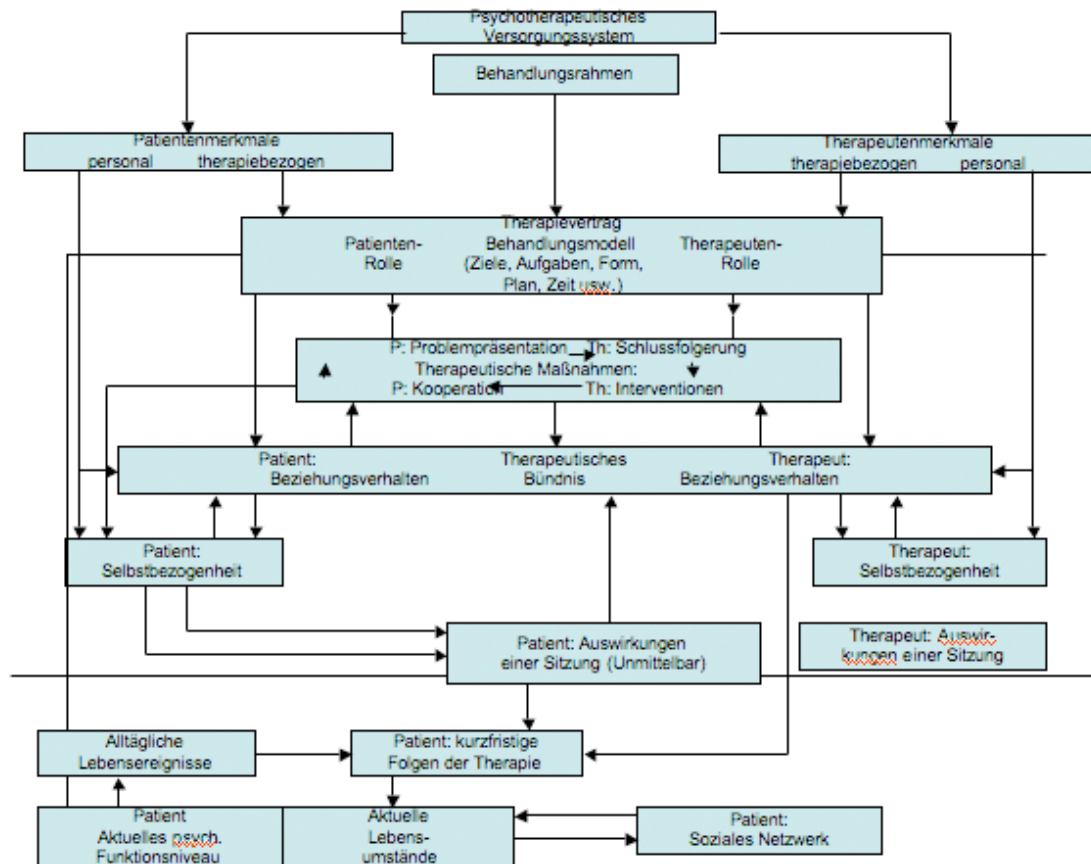


Abb. 1. Das „Generic Model of Psychotherapy“

Das psychotherapeutische Versorgungssystem, in der BRD geprägt von der Parallelität von ambulanter und stationärer Versorgung, setzt Rahmenbedingungen für Praktiker und Wissenschaftler, die Deutschland auszeichnen und wissenschaftlich isolieren. Wer außerhalb der BRD interessiert sich für die Ergebnisse des stationären Sektors? Unser Versuch, die gewiss nicht nur groß angelegte, sondern auch großartige bundesweit multizentrisch, prospektiv-naturalistisch angelegte MZ-ESS im angloamerikanischen Sprachraum hochkarätig zu publizieren, - was sie m. E. durchaus verdient hätte -, schlug fehl (Kächele et al. 2001). Auch im Land selbst ist die Kluft zwischen Wissenschaftlern, die ihr Interesse der stationären Psychotherapie zuwenden, und denen die sich nur selten damit beschäftigen, unübersehbar. Namen wie „Zauberberg-Studie“ sind populär geworden; ob sich damit das Image der stationären Psychotherapie bei den Niedergelassenen verbessert hat, mag fraglich sein. Es würde sich lohnen, den Kenntnisstand der Niedergelassenen über die gut dokumentierten Befunde der stationären Psychotherapie zu erkunden. Vermutlich fänden wir heraus, dass aufgrund subtiler Selektionsmechanismen des Überganges

von stationär zu ambulant diese eher negative Erfahrungen zu berichten haben (Dahlbender & Kächele 1994). Hier klafft mit Sicherheit eine Verständigungslücke von der Größe eines Gran Canyons.

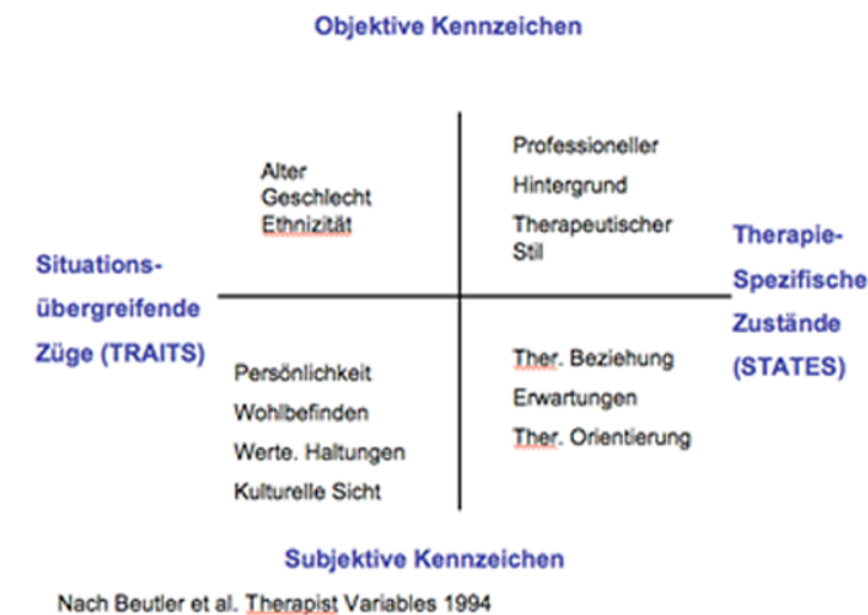
Einerseits kennen wir alle groß angelegte Versuche überregionale Basisdokumentationen in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik (Broda et al. 1993; Heuft & Senf 1998) zu etablieren; andererseits hat vermutlich noch nie jemand versucht, eine solche überregionale Basisdokumentation für die ambulante Psychotherapie zu etablieren. Ob die Operationale Psychodynamische Diagnostik, die vorwiegend Therapeuten aus stationären Settings schult, sich im ambulanten Sektor etablieren kann, bleibt zu hoffen; noch hat sie m. W. dieses Ziel nicht erreicht. Der Arbeitskreis OPD scheint hoffnungsvoll zu sein. Angeblich verwenden 30-40% der Erstanträge auf analytische Therapieverfahren OPD-Formulierungen – allerdings in meist plakativer Form (Arbeitskreis OPD 2006, S. 363).

Völlig vernachlässigt von der Forschung dürfte übrigens der Sektor der nicht-lizenzierten Psychotherapeutisch Tätigen sein, die als Heilpraktiker eine bundesdeutsche Besonderheit sind; ob deren Wirkung wohltätig ist, ob sie sich von sog. Placebo-Therapien unterscheiden, ist unbestimmt (Walach & Sadaghiani 2002).

Versorgungssystem-Forschung verständlicherweise ist den meisten Praktikern nicht besonders nahe, und doch bestimmen System-Parameter den Handlungsrahmen ihres therapeutischen Handelns. Erlauben Sie mir, noch eines meiner Lieblingsthemen anzusprechen: es ist mir unverständlich, wieso bislang für jede Erkrankung bzw. Störung das gleiche sitzungs-basierte Entgelt bezahlt wird; dabei wird niemand bestreiten, dass es Patientinnen gibt, mit denen zu arbeiten beglückend ist und andere, die viel emotionale und kognitive Mühe erfordern. Allein eine initiale Einschätzung mit dem SCL-90 würde m. E. ausreichen, um eine Abschätzung des Schweregrades honorar-relevant werden zu lassen. Oder der Psychotherapie-Gutachter macht einen Vorschlag – wie auch immer. Nach-Denkens würdig scheint mir auch, dass in Freiburg, einer Stadt mit vielen niedergelassenen Therapeuten eine universitäre Essstörungen-Ambulanz eingerichtet werden musste und bzw. konnte, weil angeblich Essstörungen nur schwer ins ambulante System zu vermitteln seien. Nur soviel zur leidlichen Schnittstellen-Problematik, die psychotherapeutisches Handeln unmittelbar berührt.

Therapeuten-Merkmale

Eine weitere Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis besonderer Art, weil sie uns direkt angehen muss, ist die Aufarbeitung von Merkmalen von Therapeuten. Die Tätigkeit des Psychotherapeuten ist eine sehr person-gebundene Form des Handelns. Einige der systematisch aufbereiteten Befunde, die früher aus der Flut von Einzelergebnissen herausgestellt wurden, müssen aufgrund der neueren Datenlage revidiert werden (Kächele 2006). Es hat sich jedoch bewährt, einerseits situations-übergreifende von therapie-spezifischen Merkmalen, und andererseits zwischen relativ gut objektivierbaren und nur subjektiv erschließbaren Merkmalen zu differenzieren, wie es Beutler et al. 2004. erneut versucht haben:



Ich will nur ein Thema herausgreifen: Man hörte früher in klinischen Konferenzen oft die Ansicht, dem Geschlecht des Therapeuten komme eine große Bedeutung für den Ausgang einer Behandlung zu. Besonders ausgeprägt findet sich diese Überzeugung bei Krankheitsbildern, die eine Gender-Prägung aufweisen (z.B. Essstörungen). Doch zeigt die neuere Literatur noch weniger als früher angenommen einen direkten Einfluss des Geschlechts des Therapeuten. Bowman et al (2001) haben die Befunde aus 58 Studien zusammengefasst und fanden einen zwar signifikanten, aber numerisch kleinen Effekt ($ES\ d = 0.04$) für das weibliche Geschlecht. Auch die von Beutler et al (1994) noch geäußerte Vermutung, dass sich ein Einfluss bei gleich-

geschlechtlicher Passung zeigen könnte, hat sich so nicht aufrechterhalten lassen. Diese Abschwächung der Befundlage ist deshalb von Interesse, weil auch bei Klinikern deutlicher ein Slogan die Runde macht, dass „die Chemie stimmen muss, dass „auf jeden Topf ein Deckel passen kann“. Selbst in der psychoanalytischen Therapie ist die Bedeutung der Passung immerhin von Kantrowitz et al. (1989) am Beispiel von 13 Behandlungen untersucht worden. Allerdings wurde bisher wenig deutlich, welche aus der möglichen Vielfalt von Variablen hier prädiktive Kraft entfalten. Nachträgliche Analysen von geglückten ‚Matchings‘ stimmen zwar den Betrachter glücklich, aber lassen doch vieles offen.

Möglicherweise sind relevante Parameter noch nicht ins Blickfeld der Forschung gekommen, wie Stimme, soziale Attraktivität usw. Es könnte lohnend sein, hierzu klinische Erfahrungen zum Ausgangspunkt gemeinsamer subtiler, vermutlich qualitativer Untersuchungen zu machen (Frommer & Rennie 2001).

Denkbar ist auch, dass solche Interferenzprozesse nur bei spezifischer Fragestellung aufscheinen, wie erst jüngst von Ogradniczuk (2006) aufgewiesen. Bei Re-Analysen der Daten der erfolgreichen Vancouver-Gruppe von Piper konnte Ogradniczuk zeigen, dass Frauen bei Förderung ihrer sozialen Kompetenz durch Unterstützung, und Männer durch Förderung ihrer exprimierten Emotionalität profitierten.

Ein unter Praktikern ungern diskutierter Sachverhalt ist die differentielle Kompetenz von Therapeuten, die seit Luborsky et al. (1985) erster Übersicht erörtert werden sollte. Die Nach-Frage der Wissenschaft ist doch: Gibt es Therapeuten, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren und andere, die sie erfolgreich vermeiden? Verständlicherweise gibt es wenig Forschung. Okiishi et al. (2003) fanden bei 2000 Patienten an einer Studentenberatung für Therapeuten, die mit mindestens 15 Patienten in der Studie beteiligt (aber relativ unerfahren) waren: 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 Basis dieser Studie 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).

Ich erspare uns, mich weiter in das Thema des eklatanten Misserfolges zu vertiefen, obwohl dieses erst wenig offen thematisiert ist (Märtens & Petzold, 2002).

Bewegen wir uns daher ins Herz des Schemas: das „therapeutische Bündnis“ bzw. die „therapeutische Allianz“ dürfte mit Sicherheit das populärste Konzept sein, wo Kliniker und Wissenschaftler mit Leidenschaft eine gemeinsame Basis erarbeitet haben. Seit Freuds (1912b) Beschreibung der milden positiven Übertragung, die in der Psychoanalyse wie auch in den anderen Behandlungsmethoden die „Träger des Erfolges“ (S. 371) ist, wurden, durch Bordin (1979) angeregt, vielfältige Konzeptualisierungen und eine Flut von Messinstrumenten entwickelt (Horvath & Bedi 2002). Fazit vieler Bemühungen ist, dass

„the strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings“ (Orlinsky et al 2004, S. 323).

Es ist als gegensätzliche Position interessant, in einem Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Margraf 1996) nachzulesen, dass die Unterscheidung zwischen so genannten Therapie-Techniken, und dem zwischenmenschlichen Klima, dann Beziehung genannt, „weitgehend gegenstandslos“ sei; sie verkenne bis einem gewissen Grad geradezu die Essenz der Verhaltenstherapie:

„Alles was sich in der Therapie ereignet, ist gleichzeitig sowohl konkrete Verhaltenstherapie als auch Beziehungsarbeit“ (Hoffmann 1996, S. 251).

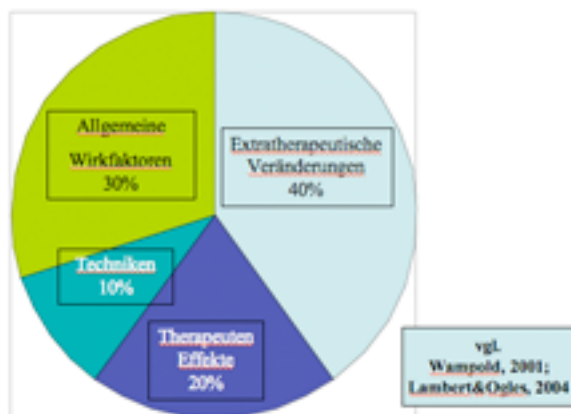
Ähnliche Bedenken wurden auch von psychoanalytischer Seite geäußert (Deserno (1990): das therapeutische Bündnis dürfte nicht außerhalb der konflikthafter Vorgänge angesiedelt werden: auch das Arbeitsbündnis sei eine Objektbeziehung mit unbewussten Anteilen und damit interpretationsbedürftig. Eine Nahtstelle für einen Austausch zwischen den theoretischen Orientierungen? Immerhin widmet Jacqueline Persons, eine bekannte kognitive Therapeutin, der therapeutischen Beziehung und empirischen Befunden für deren Relevanz ein eigenes Kapitel in ihrem Text zur „Cognitive Therapy in Practice“ (1989)! Und Safran & Segal (1990) untersuchen den interpersonellen Prozess in kognitiven Therapien aufs Genaueste. Sie diskutieren Rupturen der Arbeitsbeziehung und diese sind zu beheben. Herauszufinden, welches Mittel in welcher Arbeitssituation dieses bewerkstelligt, könnte ein Ziel gemeinsamer Anstrengungen sein. Die interessante Frage dürfte

sein: sind diese therapeutischen Bündnis-Aspekte nur Randbedingungen dar und nicht die konstituierenden Merkmale einer sei es verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Arbeit dar. Es dürfte angezeigt sein, diese Diskussion in dem Kontext einer schwer gewichtigen Auseinandersetzung zu sehen, die Wampold (2001) auf die Spitze getrieben hat. Er kontrastiert das medizinische, störungsorientierte Modell mit dem sogenannten kontextuellen Modell:

„It appears that the relationship accounts for dramatically more of the variability than does the totality of specific ingredients“ (S.158).

Eine neuere Zusammenstellung der Varianzanteile verschiedener Einflussgrößen belegt dies (Strauss 2007);

Vorhersage von Behandlungserfolgen durch



Diese Befundlage müsste doch Grund genug sein, dass sich die Kliniker der verschiedenen Therapieformen zusammen und auseinander setzten!

Therapie-Manuale – Schulung versus Intuition

Vor rund 20 Jahren bahnte sich eine methodische Innovation an, die mit dem Schlagwort „Psychotherapie-Manual“ eingeleitet wurde. Nachdem Beck et al. (1979) ein Manual der kognitiven Therapie vorgelegt hatte, erschienen 1984 praktisch zeitgleich zwei psychodynamische Manuale, die ebenfalls aus einem Forschungskontext erwachsen waren. Außerdem erblickte im gleichen Jahr die Interpersonelle Therapie, ein geglücktes Hybrid aus Psychodynamik, Sozialarbeit und Verhaltenstherapie, das Licht der Welt. Solche Manuale bieten eine klare konzeptuelle Aufbereitung des therapeutischen Vorgehens:

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979)
Cognitive therapy of depression.

New York, Guilford
dt. Kognitive Therapie der Depression (1981)

Strupp, HH, Binder J
Psychotherapy in a New Key
A Guide to Time- Limited Dynamic Psychotherapy
New York Basic Books 1984
dt. Kurzpsychotherapie (1991)

Luborsky, L.
Principles of Psychoanalytic Psychotherapy
A Manual for Supportive- Expressive Treatment
New York, Basic Books 1984
dt. Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin, Springer 1988

Klermann G.L., M. Weissman, B. Rounsaville und E. Chevron
Interpersonal Psychotherapy of Depression
New York, Basic Books 1984
Dt. Schramm Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer 1996

Die Einführung von Manualen signalisierte eine neue Spielregel der US-Forschungsförderung: gefordert wurden nun kontrollierte Studien, bei denen analog zu dem in der klinischen Medizin hoch geschätzten Verfahrens des ‚clinical trials‘ nach experimenteller Prüfung einer Substanz im klinischen Versuch Wirksamkeit nachgewiesen werden müssen. Damit wurden Therapiestudien, bei denen nur eine Zwei-Punkte-Messung - Beginn und Ende - vorliegt , als unzureichend erklärt; die tatsächlich zur Anwendung kommende psychotherapeutische Intervention muss zuverlässig bestimmbar sein und mit dem Effekt in Beziehung gesetzt werden.

Psychotherapie-Manuale müssen deshalb die folgenden drei Kriterien erfüllen:

1. die Behandlungsempfehlungen sollen so vollständig wie bei der Art der Behandlung möglich sein
2. das Manual soll die Behandlungsprinzipien erläutern und die Operationen spezifizieren, die der Therapeut durchzuführen hat
3. das Manual soll ein Satz von Einschätzungsskalen haben, die den Grad erfassen, mit dem der Therapeut seine Aufgaben auch wirklich erfüllt hat.
(nach Luborsky, 1984, S. 4)

Psychotherapiemanuale sollen sicherstellen, dass Therapeuten auch das tun, was sie nach ihrer eigenen Therapietheorie auch tun sollen. Und genau dies wird zunächst einmal erreicht, dass geklärt werden muss, welche Elemente als essentials einer Therapiemethode zu gelten haben. So konnte Merton Gill im Vorwort zu Strupp's Manual begrüßen, dass dieser Text die "Aussicht auf eine beginnende Bewegung der größeren Integration von klassischer und interpersoneller psychoanalytischer Theorie und Technik erkennen lässt" (in Strupp u. Binder, 1984,

S. VIII). Auch Luborsky' s Text vertritt den Anspruch, die wesentlichen kurativen Prinzipien des psychoanalytischen Behandlungsparadigmas in seiner Darstellung aufgenommen zu haben. In ähnlicher Weise stellen Klerman und Mitarbeiter die Interpersonale Psychotherapie in enge Nachbarschaft mit der psychodynamischen Behandlungstheorie und stützen sie mit empirischer Evidenz ab.

Die Einführung solcher Manuale löste bei vielen Klinikern, allerdings besonders bei den psychodynamisch orientierten, Befürchtungen aus, dass die manual-geleitete Therapie zu einer Beschränkung des individuellen Handlungsspielraumes führe. Allerdings wenn für die Therapieform A individuelles Handeln im Rahmen vorgegebener Regeln empfohlen wird, dann wird genau diese Anweisung bei der Beurteilung des therapeutischen Handelns zur Richtschnur werden. Eine starre Regelbefolgung würde dann einen schlechten Punktwert für die Therapieform A ergeben. Für die psychoanalytischen Therapieformen ergeben sich daraus fruchtbare Reflexionen auf den Grad der Regelmäßigkeit und Regel-Strukturiertheit, mit der die psychoanalytische Behandlungssituation ausgestattet sein muss (Thomä u. Kächele, 2006). Gewiss sind für verhaltenstherapeutische Ansätze solche manual-basierten Spezifizierungen weniger problematisch, aber auch nicht ganz unproblematisch, wenn ich für interne Diskussion in diese Frage richtig verstehe.

Spannend und klinisch wichtig wird es, wenn die Frage aufgeworfen wird, ob die manual-konforme, d. h. damit auch theorie-konforme Durchführung von Therapie in einer Beziehung zum Erfolg des Unternehmens steht.

Luborsky und Mitarbeiter konnten zeigen, dass die Therapeuten mit dem größten Reinheitsgrad ihrer Technik, gemessen mit einer Einschätzung ihres Interventionsverhaltens im Hinblick auf die durchgeführte Therapiemethode auch die besten Erfolge zeigen (Luborsky et al., 1982). Dieser Befund galt für die verschiedenen in diesem Therapieprojekt mit Drogenabhängigen beteiligten Psychotherapieformen gleichermaßen, wie psychoanalytische Psychotherapie, kognitiv-behaviorale Therapie und einfache Drogenberatung. Der <Reinheitsgrad einer Technik> wird dabei so bestimmt, dass anhand von Einschätzungsskalen jede Sitzung auf den Ausprägungsgrad einer der drei Manual bestimmten Techniken hin eingeschätzt wird.

Diese Ergebnisse dieser Studie lieferten deutliche Hinweise darauf, dass mit erheblichen Schwankungen der therapeutischen Qualität innerhalb eines Therapeuten wie auch zwischen Therapeuten zu rechnen ist. Angesichts der Tatsache, dass wiederholt festgestellt wurde, dass ein großer Teil der Varianz von

Behandlungsergebnissen durch die Schwere der Pathologie des Patienten bestimmt wird, muss sich die Aufmerksamkeit auf die technischen Probleme der psychotherapeutischen Behandlung jener Patienten richten, die eine schlechte Prognose mitbringen. Unter dieser Fragestellung könnte die kompetente Technik des Therapeuten entscheidend sein.

Hierzu berichteten Crits-Christoph et al (1991) von im Mittel 12% Varianzanteil für Therapeuteneffekte bei einer Streuung von 50 - 0 %. In einer meta-analytisch angelegten Auswertungsstudie wurde geprüft welche Faktoren für solche Effekte verantwortlich sein könnten. Untersucht wurden

1. Der Gebrauch eines Therapiemanuals,
2. Der Grad therapeutischer Expertise,
3. Die Dauer der Behandlung und
4. Die Art der Behandlung (psychodynamisch vs. kognitiv/behavioral).

Zur Prüfung der Hypothesen wurden die Daten aus 15 vergleichenden Studien herangezogen. Das Ergebnis ließ sich auf die bündige Formel bringen, dass die Verwendung eines Therapiemanuals und der Grad der Therapeuten-Expertise die Variabilität zwischen Therapeuten deutlich verringert. Können wir schlussfolgern, dass sowohl Manual-Verwendung als auch individuelle Expertise berücksichtigt werden sollten?

In der Vanderbilt 2 Studie der Strupp'schen Arbeitsgruppe sollte ebenfalls die Auswirkung einer gezielten Schulung mittels des oben erwähnten Manuals von erfahrenen Therapeuten auf den Behandlungsverlauf und Ausgang untersucht werden. Dabei stand die Analyse einzelner Patient-Therapeut Dyaden vor und nach Schulung der Therapeuten im Mittelpunkt stehen (Bein et al. 2000).

Diese neuere Studie zu Vor- und Nachteilen der Manualisierung im Vergleich von gleichermaßen erfahrenen Psychotherapeuten mit oder ohne explizite Schulung in manualisierter Therapie ergab keine bedeutsamen Unterschiede im Ergebnis.

Im deutschen Sprachraum propagiert der Verhaltenstherapeut Schulte schon lange die Überlegenheit von standardisierter gegenüber maßgeschneiderter Behandlung bei phobischen Patienten (Schulte et al. 1992); eine holländische kognitiv-behavioral ausgerichtete Gruppe hingegen belegte einen negativen Effekt der Manualisierung bei Zwangsstörungen sowohl auf Symptommiveau wie auch auf das allgemeine Funktionsniveau (Emmelkamp et al. 1994).

In die gleiche Richtung weist auch eine Re-Analyse der „Multi-Center Collaborative Study for the Treatment of Panic Disorder“ aus der kognitiv-behavioralen Gruppe von

Barlow (Hupert et al. 2001). Diese Studie förderte noch stärkere Effekte der therapeutischen Erfahrung zu Tage, als sie für das NIMH-Projekt zur Behandlung der Depression von Blatt et al. (1996) identifiziert werden konnten. Überraschend hohe Effektstärken für die allgemeine therapeutische Erfahrung in ihrer Auswirkung auf das Angstniveau der Patienten und nur geringe Effekte des Ausmaßes mit dem kognitive Therapieelemente durchgeführt wurden legen nahe, „that what is relevant about experience may be general clinical contact rather than the development of specific proficiencies“ (Beutler et al. 2004, S. 240).

Als Fazit lässt sich ziehen, dass therapeutische Erfahrung sich durchsetzt!! oder anders gewendet: Allgemeines Therapiewissen ist wichtiger als Expertise in einem Verfahren (Hupert et al. 2001). Dies belegt eine umfangreiche Meta-Analyse über 90 Studien von Shaddish et al. (2000); sie zeigte, dass naturalistisch angewandte Psychotherapien den manualisierten Behandlungen ebenbürtig waren: „Sowohl in klinisch repräsentativen und nicht repräsentativen Stichproben von Patienten erzeugten die beiden Formen von Behandlung gleichartige Raten der Verbesserung, die auch mit der Dauer von Behandlung anstiegen“ (Beutler et al. 2004, S. 246).

. Am überzeugendsten finde ich die Formulierung:

„Those who know least, are able to benefit from manualized treatment most“ (Beutler et al. 2004, S. 246).

Dies spricht für den Gebrauch von Manualen für den Anfänger, und widerspricht der Notwendigkeit den klinisch Erfahrenen eng an die Leine eines Manuals zu binden. Wer wollte dem widersprechen!

Politik und Praxis

Da in der gegenwärtigen wissenschaftlichen und berufspolitischen Situation das Paradigma der randomisiert-kontrollierten Studie zum Goldstandard erhoben wurde, der über Wohl und Wehe einer Therapiemethode sowohl in der Bewertung durch Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als auch durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen entscheidet, wird das Erfahrungswissen der Praktiker deutlich marginalisiert. Wie die vielfältigen Reaktionen auf das überarbeitete Methodenpapier des WBP gezeigt haben, plädiert die weit überwiegende Mehrzahl der Praktiker für eine verstärkte Berücksichtigung naturalistischer Studien. Warum tun sie das? Weil ihre Erfahrungsbasis aus der klinischen Praxis vermutlich die Auffassung belegt, dass die praktische Ausübung von Psychotherapie nur geringe

Ähnlichkeit mit der Labor-Situation der randomisierten Studien aufweist. Dies ist als Problem der ökologischen Validität vielfältig thematisiert worden (z. B. Leichsenring 2004).

Vor vielen Jahren schon haben wir (Kächele & Kordy 1992) folgende Fragen aufgeworfen:

1) Wie können wir sicherstellen, dass die ergebnisorientierte Forschung Evidenz vorlegt, die für die faktisch praktizierte Psychotherapie von erfahrenen Therapeuten mit wirklichen Patienten repräsentativ ist?

2.) Wie lassen sich etablierte Psychotherapieformen sinnvoll untersuchen?

Je länger eine Psychotherapieform besteht und je mehr sie praktiziert wird, desto unwahrscheinlicher ist es, dass die Behandlungsform konsistent oder in irgendeiner Form standardisiert ist. Psychotherapie-Forschung hat es daher mit einem beweglichen Ziele zu tun.

3.) Gibt es geeignete Alternativen zu dem Ansatz randomisierter klinischer Studien?

Randomisierte Studien sind elegant und erlauben wohl Schlussfolgerungen bezüglich ursächlicher Zusammenhänge, aber ihre Angemessenheit wird durch das jeweilige Problembewusstsein begrenzt.

In der Zwischenzeit sind neue Fragen hinzugekommen. Die Entwicklung zu störungs-spezifischen, empirisch gestützten Therapieformen (Chambless u. Hollon 1998) verstärkt eine technokratische Perspektive. Dabei müsste eine gewisse Ratlosigkeit aufkommen, wenn man ins Auge fasst, dass längst mehr als eine Therapie für bestimmte Störungen als evidenz-basiert identifiziert wurde. Depressive Störungen können laut Stellungnahme des WBP sowohl mit kognitiver Therapie, behavioraler Intervention, Interpersoneller Therapie wie auch mit psychodynamischer Therapie behandelt werden (für den Vergleich kognitiv vs. psychodynamisch s. Leichsenring 2001). Für Borderline-Störung stehen mehrere Verfahren in edlem Wettstreit:

Linehan's Dialektisch-behaviorale Therapie (1993), Kernberg's Übertragungs-fokussierte Therapie (Kernberg 1993), Supportive Therapie (Clarkin et al. 2007) und auch Fonagy & Batemann's Mentalisierungs-basierte Therapie (Bateman & Fonagy 1999). Eine weitere, jüngst beschriebene, Intervention ist die Schema-Therapie (Giesen-Bloo et al. 2006). Was soll der Praktiker also tun angesichts der Fülle der Evidenz? Soll er dem Wettstreit zuschauen und abwarten, soll er seine

Lieblingsintervention wählen, soll er seiner Patientin Videoclips mit Ausschnitten von verschiedenen Verfahren zugänglich machen? Seine Aufgabe wird mehr denn je sein, aus der Fülle der Möglichkeiten, falls in seiner Region überhaupt eine Wahlmöglichkeit besteht, die passende Therapieform auszuwählen. Dazu wären differentielle Indikationskriterien hilfreich der Art: welche Therapie passt zu diesem Patienten oder welches Ziel ist für einen bestimmten Patienten passend (Kächele & Kordy 2003). Da es aber eher unwahrscheinlich ist, dass der gigantische Aufwand, der für solche differentiellen Indikationsstudien zu treiben wäre, angesichts vielfältiger Persönlichkeitsdimensionen, die in Betracht zu ziehen wären, diese Fragen mit den Forschungsmodell der randomisiert-kontrollierten Studien zu lösen, wird hier die Expertise des Klinikers mehr denn je gefragt sein. Natürlich nicht nur die des je Einzelnen, sondern es könnte ein Erfahrungsdiskurs angezeigt sein, in dem erfahrene Kliniker solche diffizilen Zuweisungsfragen gemeinsam klären.

Wer lehrt was wen? - war mein Thema; es geht auch anders herum: Wer lernt was von wem? Angesichts der explodierenden Heterogenität der Forschungsbefunde möchte ich eine Lanze für klinische Weisheit brechen. Seit mehr als dreißig Jahren geistert das Dodo Bird Verdikt durch die Therapieszene und verwirrt die Köpfe:

"Everyone has won, so all must have prizes", das Luborsky et al. (1975) in die Welt gesetzt hatten und auch fast zwanzig Jahre später noch einmal bekräftigte (Luborsky et al. 1993). Auch wenn der jüngste Handbuch-Artikel von Lambert & Ogles (2004) dies generell unterstreicht, so glaubt doch kaum jemand daran. Und das aus gutem Grund! Als Kliniker ist uns nur allzu vertraut, dass im Einzelfall psychotherapeutische Behandlung nicht immer mühelos das Ziel erreichen kann; es ist erst recht notwendig, statt um Unterschiede in Effektstärken zu streiten, eine klinische Kultur des Vergleichens zu pflegen. Die Vielfalt der Angebote in wissenschaftlichen Befunden macht mehr denn je eine Sorgfalt notwendig, für den einzelnen Patienten das Richtige zu finden. Und diese Aufgabe kann der Wissenschaftler nicht lösen; hier ist der informierte Praktiker gefragt.

Literatur :

- Arbeitskreis OPD-2 (2006) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563-1569
- Bein A, Anderson T, Strupp HH, Henry W, Schacht T, Binder J, Butler S (2000) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychother Res* 10: 119-132
- Beutler L (1997): The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice* 4:44-52
- Beutler LE, Machado PP, Allstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York, S 229-269
- Beutler L, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E (2004) Therapist Variables. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S 227-306
- Blatt DS, Sanislow C, Zuroff D, Pilkonis P (1996) Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm. *J Con Clin Psychol* 64: 1276-1284
- Bordin ES (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16: 252-260
- Bowman D, Scogin F, Floyd MR, McKendree-Smith N (2001) Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy* 38: 142-148
- Broda M, Dahlbender RW, von Rad M, Schmidt J, Schors R (1993) Überregionale Basisdokumentation in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik. In: Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüßler G (Hrsg) *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, S 227-236
- Caspar F, Kächele H (2007) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In Herpertz et al. *Lehrbuch der Psychotherapie*, im Druck
- Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J Con Clin Psychol* 66: 7-18
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry* 164
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias JS, Beck AT, Carroll K, Perry K, Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, Thomson L, Gallagher D & Zitrin C (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1: 81-91
- Dahlbender RW, Kächele H (1994) Stationär - einmal hin und zurück. Symposium der Psychosomatischen Klinik München.
- Deserno H (1990) *Die Analyse und das Arbeitsbündnis*. Verlag Internationale Psychoanalyse, München-Wien
- Emmelkamp P, Bouman T, Blaauw F (1994) Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1: 95-100
- Frank, J. D. (1961/1973). *Persuasion and healing*: 2. Ed. Johns Hopkins University Press, Baltimore; dt. (1981) *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart, Klett-Cotta.

- Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung., GW Bd 8, S 363-374
- Frommer J, Rennie DL (Hrsg) (2001) Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology. Pabst, Lengerich
- 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-Focussed Psychotherapy. Arch Gen Psychiat 63: 649-658
- Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart
- Hatcher R, Barends AW (2006) How a return to theory could help alliance research. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 43: 292-299
- Hoffmann N (1996) Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 251-259
- Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance. In: Norcross JC (Hrsg) Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. Oxford University Press, New York
- Hupert J, Bufka L, Barlow D, Gorman JM, Shear MK, Woods S (2001) Therapists, therapists variables, and CBT outcome for panic disorders: results from a multi-center trial. J Con Clin Psychol 69: 747-755
- Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 11: 136-140
- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. Nervenarzt 63: 517-526
- Kächele H, Kordy H, Richard M, Studiengruppe MZ-ESS (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Results of a multi center study across Germany. Psychother Res 11: 239-257
- Kächele H, Kordy H (2003) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler R et al (Hrsg) Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. Urban & Fischer, München, Jena, S. 425-436
- Kantrowitz J, Katz AL, Greenman D, Morris H, Paolito F, Sashin J, Solomon L (1989) The patient-analyst "match" and the outcome of psychoanalysis: The study of 13 cases. Research in progress. J Am Psychoanal Ass 37: 893-920
- Kernberg OF (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Hans Huber, Bern
- Klermann GL, Weissman M, Rounsaville B & Chevron E (1984) Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books, New York; dt. Schramm E (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart, Schattauer Verlag
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York Chichester Brisbane, 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 (2004) Randomized controlled vs. Naturalistic studies. A new research agenda. Bulletin of the Menninger Clinic 68: 115-129
- Levi K, Meehan K, Kelly K, Reynoso J, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. J Con Clin Psychol 74: 1027-1040

- Linehan M (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York
- Luborsky L (1969) Critical evaluation of Strupp and Bergin. Research cannot yet influence clinical practice. *Int J Psychiat* 7: 135-140
- Luborsky L, Singer B (1975) Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiat* 32: 995-1008
- Luborsky L (1984) Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Basic Books, New York; dt. (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L, Woody G.E, McLellan A.T, O'Brien C & Rosenzweig J (1982) Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *J Consult Clin Psychology* 50: 49-62
- Luborsky L, McLellan T, Woody G, O'Brien C. & Auerbach A (1985) Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42: 602-611
- Luborsky L, Diguer L, Luborsky E, Singer B, Dickter D, Schmidt K (1993) The efficacy of dynamic psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? In: Miller NE, Luborsky L, Docherty J, Barber JP (Hrsg) Psychodynamic Treatment Research. Basic Books, New York, S 497-516
- Margraf J (Hrsg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Märtens, M, Petzold H (Hrsg.) (2002) Therapieschäden. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
- Persons JB (1989) Cognitive Therapy in Practice. A case formulation approach. W.W. Norton & Company, New York
- Ogrodniczuk J (2006) Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychother Res* 16: 453-462
- Okiishi, Lambert M, Nielsen, Ogles B (2003) @@
- Orlinsky D, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6: 6-27; dt. (1988) Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281-
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, S 307-389
- Orlinsky, DE, Rønnestad, MH (2005) The Psychotherapists' Perspective: Experiences of Work, Development, and Personal Life. American Psychological Association, New York:
- Rösing I (2007) Der Verwundete Heiler. Asanger, Heidelberg
- Safran J, Segal Z (1990) Interpersonal Process in Cognitive Therapy. Basic Books, New York
- Schulte D, Kunzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1992) Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advanced Behavior Research and Therapy* 14: 67-92
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50: 965-974
- Shaddish W, Matt G, AM N, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis. *Psychol Bull* 126: 512-529
- Strupp HH, Bergin AE (1969) Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends, and evidence. *Int J Psychiat* 7: 18-90
- Strupp HH (1980) Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy. A systematic comparison of two cases. *Arch Gen Psychiat* 37: a) 595 - 603, b) 708 - 716, c) 831 - 841, d) 947 - 954

- Strupp HH, Schacht TE, Henry WP (1988) Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 1-14
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time- Limited Dynamic Psychotherapy. Basic Books , New York; dt. (1991) Kurzpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie. Band 1 Grundlagen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. 3. Auflage
- Walach H, Sadaghiani C (2002) Placebo und Placeboeffekte - Eine Bestandsaufnahme. Psychother Psych Med 52: 332-342
- Wampold B (2001) The great psychotherapy debate. Models, methods and findings, Mahwah, NJ
- Zielke M (1999) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlagsunion-Beltz, Weinheim