

360. Pfäfflin F, Kächele H (2001) Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 8: 69-91

## **Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien**

Friedemann Pfäfflin & Horst Kächele

Die Fortschritte der allgemeinen Psychotherapie haben sich zu einer Zeit etablierte, .....Es erscheint wichtig, auf diese Hintergründe hinzuweisen und einige Marksteine der Psychotherapieforschung zu nennen, bevor auf die speziellen Fragen des Themas eingegangen wird. Der Beitrag gliedert sich in die folgenden fünf Punkte: 1. Marksteine der allgemeinen Psychotherapieforschung; 2. .... 3. Positive Wirkfaktoren von Psychotherapie; 4. Negative Effekte von Psychotherapie und schließlich 5. .

### **1. Marksteine der allgemeinen Psychotherapieforschung**

In grober Vereinfachung läßt sich die Geschichte der Psychotherapieforschung in fünf Phasen unterteilen, nämlich:

**1.1** Eine Frühphase, die geprägt war von Einzelfallstudien mit Vergleichen von Befinden, Symptomen, Verhalten usw. einzelner Patienten vor Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie.

Beginnend mit Freuds und Breuers Studien über Hysterie (Freud 1895) dienten viele der in diesem Kontext publizierten Fallberichte vorwiegend der Demonstration klinisch-theoretischer Zusammenhänge (z.B. Klein 1961, Winnicott 1982, Kächele u. Thomä, 1999 u.v.a.).

**1.2** Mit Eysencks (1952) Forderung nach Kontrollgruppenuntersuchungen zur Differenzierung zwischen Behandlungseffekten und

Spontanremissionen setzte eine zweite Phase ein, die man als Rechtfertigungsphase bezeichnen kann. In dieser Phase wurde mit statistischen Verfahren versucht, den Nachweis zu erbringen, daß Psychotherapie überhaupt wirksam ist.

Erste statistische Auswertungen von Behandlungen waren hier die große Neuerung (z. B. Rechenschaftsbericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts 1930, [Simmel 1930] mit Fenichels [1930] Auswertung von 721 begonnenen analytischen Behandlungen; Luff u. Garrod, die 1935 im British Medical Journal über Ergebnisse von 500 Psychotherapien berichteten, sowie Neustatter, der im selben Jahr über 50 Psychotherapien im Lancet referierte; 1943 Katamnesen des Reichsinstituts [Göring-Instituts] über immerhin 419 Psychoanalyse Fälle [Göring 1943]; hervorzuheben sind hier ferner Cremerius [1962], außerdem Dührssen [1965; vgl. Dührssen u. Jorswieck 1965], die über 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie der AOK-Poliklinik für Psychogene Störungen in Berlin berichtete, was wesentlich dazu beitrug, daß Psychotherapie Ende der 60er Jahre zu einer Kassenleistung wurde.

Noch heute wichtige Fragen und Anregungen aus dieser Phase sind: Was sind unspezifische (Placebo Effekt), was spezifische Faktoren? Was sind die geeigneten Meßstrategien (multi-dimensional, multi-modal, multi-methodal) zur Erfassung

- allgemeiner Merkmale (z. B. SCL-90, FPI, Giessen-Test, soziale und strukturelle Merkmale, z. B. Arbeitsunfähigkeitstage);
- störungsspezifischer Merkmale (z. B. Hamilton Depression Scale);
- individuumsspezifischer Merkmale (Ziel-Erreichungs-Skalierung)?

Ferner wurden Bewertungsstrategien festgelegt: Die Bewertung der Daten sollte nach möglichst a priori festgelegten Kriterien und nach festen Bewertungsregeln erfolgen. Meist waren die Bewertungen auf "mittlere" Effekte ausgerichtet mit Vergleich der Prä- und Post-Mittelwerte. Hierzu gehören einerseits Patientenbefragung bzw. -selbsteinschätzung, andererseits Fremdbeurteilung. Noch relativ wenig beachtet wurde, inwieweit die statistische Signifikanz auch der klinischen Signifikanz entspricht.

**1.3** Erst in der dritten Phase, deren Beginn zeitlich nicht so scharf abzugrenzen ist, wurden unterschiedliche Therapiemethoden, - settings, -anwendungsindikationen usw. miteinander verglichen. Es entwickelte sich die differentielle Psychotherapie-Effizienz-Forschung. Auch in dieser dritten Phase spielten Rechtfertigungsmomente eine bedeutende Rolle, doch wurden darüber hinausgehend zusätzliche wichtige Fragen, wie z. B. zur differentiellen Indikation, zu Prozeßvariablen, zur Wirtschaftlichkeit etc. untersucht.

Die Leitfragen dieser Forschung lauten: Welche Behandlungsmaßnahme, vorgenommen durch wen, führt zu welchem Zeitpunkt bei welchem Individuum mit welchen spezifischen Symptomen unter welchen Bedingungen in welcher Zeit zu welchem Ergebnis?

In diese Kategorie fallen die bekannten großen Vergleichsstudien, die insbesondere die Ende der 50er Jahre durch Eysenck eingeführte Verhaltenstherapie mit psychoanalytischen, psychodynamischen und anderen Verfahren verglich. Zu nennen sind hier die Philadelphia Temple University Studie (Sloane et al. 1975), die Hamburger Untersuchung zum Vergleich verhaltenstherapeutischer und gesprächspsychotherapeutischer Wirkfaktoren (Grawe 1976) sowie die Hamburger Studie zum Vergleich gesprächspsychotherapeutischer und psychodynamischer Kurztherapien (Meyer 1981) und schließlich die Berner Therapievergleichsstudie (Grawe et al. 1990).

Das Rennen über kurze Distanzen entstand aus der Not von Versorgungseinrichtungen. Ihre Vorkämpfer waren die Psychoanalytiker Ferenczi, Alexander, Deutsch, Balint u.v.a. gewesen (vgl. Kächele et al. 1999). Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie traten als explizit kurz konzipierte Therapien in diesen Wettstreit ein. Von der allgemeinen Psychotherapieforschung weniger beachtet wurden Vergleiche zwischen psychotherapeutischen und chirurgischen Interventionen, wie sie z. B. bei Transsexuellen angewandt werden (Pfäfflin u. Junge 1992)

Das Megaprojekt dieser Phase war das Treatment of Depression Collaborative Research Program des National Institute of Mental Health, das 1977 begonnen wurde und 10 Millionen US-Dollar kostete. Der abschließende Überblick erschien 1994 (Elkin 1994) und kam zu der bemerkenswerten Schlußfolgerung, daß es bei Behandlungsende überraschend wenig signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieregimes (manualisierte Interpersonelle Kurztherapie, Medikation bzw. Kombinationen aus beidem), die Gegenstand der Untersuchung waren, gab.

**1.4** Die vierte Phase ist geprägt von metaanalytischen Studien und dem Ziel, die spezifische Effektstärke einzelner Therapiemethoden bzw. -variablen zu erforschen.

1975 verkünden Luborsky et al. (1975) den Dodo-Bird-Effekt, der ein Zitat aus Alice im Wunderland aufgreift: "Everybody has won and all must have prizes." Ob dies wirklich zutrifft, sollte mit Hilfe von Metaanalysen geklärt werden. Solche formal neuartigen Metaanalysen betraten die Szene mit der Studie von Smith et al. (1980): The Benefits of Psychotherapy, die eine Sekundärauswertung und einen Vergleich von 475 kontrollierten Psychotherapiestudien mit insgesamt etwa 25000 Patienten vornahm und 1766 verschiedene Behandlungseffekte identifizierte. Die Wirkstärke wird als Effektstärke beschrieben. Mit 0.80 Effektstärke übertreffen viele Formen der Psychotherapie die mittlere Effektstärke von Placebo-Therapien deutlich. Anders gesagt: 80% der Patienten, die eine Psychotherapie erhalten haben, sind besser dran als der durchschnittliche nicht behandelte Patient (Kontrollgruppe).

Metaanalysen tragen zur Klärung mancher Fragen bei, schaffen aber auch neue Probleme. Eines dieser viel diskutierten Probleme ist die Frage, was statistisch nicht-signifikante Unterschiede bedeuten. Angreifbar sind Metaanalysen, weil sie

- die unterschiedliche methodische Qualität der einbezogenen Studien nicht hinreichend berücksichtigen (Qualitätsproblem);

- unterschiedliche Patienten, Therapeuten, Therapien und Pathologien gleich behandeln (Uniformitätsproblem) und schließlich, weil sie
- Studien mit unterschiedlichen Zielsetzungen, Zielkriterien und Meßinstrumenten in einen Topf werfen (Inkommensurabilitätsproblem).

Ausführlich wurden diese Fragen diskutiert in den vielfältigen Reaktionen auf die Berner Metaanalyse von Grawe et al. (1994), die etwa 800 kontrollierte Therapiestudien ab 1983 berücksichtigte. Nach ihr sind kognitiv-behaviorale, psychodynamische und humanistische Therapien wirksam, wohingegen kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis für Autogenes Training, Jungianische Psychoanalyse und andere Verfahren vorliegt. Zumindest für das Autogene Training sind diese Daten inzwischen überholt (Stetter 19@@).

**1.5** Zusätzlich zu den bisher dargestellten Forschungsfragen haben sich eine Reihe neuer Fragestellungen entwickelt, die zu eigenen Forschungszweigen wurden. Zu ihnen gehören die

Prozeß-Wirkungsforschung an klinischen Stichproben. Ihre Leitfrage lautet: was wirkt wie in der Psychotherapie. Die Suche nach den gemeinsamen und differenten Wirkfaktoren ist heute das Ziel vieler Bemühungen, in denen es nicht mehr wie früher primär um Schulenvergleiche geht, sondern um die Herausarbeitung allgemein gültiger Wirkprinzipien (vgl. unten Abschn. 3). Beispielhaft zu nennen sind hier die Penn-Psychotherapy Study (Luborsky et al. 1986, 1988) sowie das Heidelberger Katamneseprojekt (von Rad et al. 1998).

Spezifizitätsforschung I. In kontrollierten Studien wird die Labor-Wirksamkeit (efficacy) für homogene Krankheitsgruppen untersucht. Beispielhaft zu nennen sind hier das bereits erwähnte Treatment of Depression Collaborative Research Program des National Institute of Mental Health (Elkin 1994), die Untersuchung der Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie (Barlow et al. 1989) und weitere empirisch validierte Behandlungen (Chambless 1998, Chambless et al. 1998)

Spezifizitätsforschung II. Hier wird die Alltagswirksamkeit (effectiveness) für homogene Krankheitsgruppen in Anwendungsbeobachtungsstudien untersucht. Beispielhaft zu nennen sind hier die Multi-Center Studie zur Psychotherapie von Morbus Crohn (Feiereis 1989) sowie die Multi-Center Studie zur stationären Psychotherapie von Eßstörungen (Kächele 1992, 1999), die 1200 Patientinnen mit zweieinhalbjährigen Katamnesen erfaßte. Auch die Schwedische Psychotherapiestudie, die sehr große Stichproben hoch- und niederfrequenter analytischer und psychodynamischer Psychotherapien im Anwendungsfeld verglich, gehört in diese Kategorie (Sandell et al. 1999).

Dosis-Wirkungs-Analysen. Laut der Chicago Studie (Howard et al. 1996) sind nach acht Stunden Psychotherapie 48 % der Patienten symptomatisch gebessert, nach 26 Stunden ca. 75 %, nach 52 Stunden ca. 85 %. Diese Kurven unterscheiden sich allerdings je nach diagnostischen Subgruppen, wie z. B. Depression, Angst, Borderlinestörungen. Auch im Heidelberger Katamneseprojekt (von Rad et al. 1998) fanden sich unterschiedliche Dosis -Wirkungskurven: schwerer Erkrankte hatten deutlich niedrigere Erfolgsraten als weniger schwer Erkrankte und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder chronifizierten funktionellen Störungen reagierten später (positiv) auf die Behandlung.

Kostennutzenanalysen. Für eine Klinik in Bad Dürkheim unterschied erstmals Zielke (1989) zwischen direkten und indirekten Kosten für stationäre psychosomatische Behandlungen und fand, daß Kosten und Aufwendungen für die Krankheit in Höhe von 71000 DM Behandlungskosten in Höhe von DM 10500 gegenüberstehen.

Qualitätsmanagement. Aufgabe der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements ist es, Standards (Sollwerte) zu formulieren und ihre Umsetzung in die Praxis zu begleiten. Zentrale Funktion der Qualitätssicherung ist die Signalfunktion, die auffällige Patienten identifiziert, Veränderungen des Qualitätsprofils erkennt und spezifische Qualitätsprofile zu einem Gesamtprofil integriert. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, in Rückkoppelungsschleifen das Behandler-

team oder die Einzeltherapeuten über die Qualitätsprofile zu informieren, so daß rechtzeitig wirksam negativen Entwicklungen gegengesteuert und die Qualität der Behandlung insgesamt verbessert werden kann.

Zusammenfassend läßt sich resümieren, daß die allgemeine Psychotherapieforschung sehr reichhaltig ist und sich immer stärker orientiert an den Idealen der Evidenced Based Medicine. Gute Übersichten zu den meisten Fragen finden sich in den vier Auflagen des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin u. Garfield 1971, 1978, 1986, 1994), an denen auch die Entwicklung des Feldes ablesbar ist. Bemerkenswert ist allerdings, daß dort keine einzige Arbeit aus dem Feld der Forensischen Psychotherapie aufgegriffen wird.

**2.**

### **3. Positive Wirkfaktoren von Psychotherapie**

Nach Orlinsky & Howard's (1986) Generic Model of Psychotherapy tragen zu den therapeutischen Veränderungen das psychotherapeutische Versorgungssystem bzw. der Behandlungsrahmen, Patienten- und Therapeutenmerkmale, die Interaktion zwischen Patient und Therapeut (Therapieprozeß) sowie externe, auf die Behandlung einwirkende Ereignisse bei.

Der größte Teil der Energie, die vom Streit der verschiedenen Psychotherapierichtungen untereinander absorbiert wird, ist vergeudet. Nur insoweit die Konkurrenz verschiedener Zugänge die Wahrnehmung schärft und zur Verbesserung von Therapiemethoden und -ergebnissen führt, lohnt sich die Auseinandersetzung. Es gibt keine Methode, mit der allein alle (forensisch-)psychotherapeutischen Aufgaben zu lösen wären. Auf dem Feld der Straftäterbehandlung ist so viel zu beackern, daß alle von Zusammenarbeit nur profitieren können, anstatt sich zu bekriegen bzw. immer nur gegen das Unkraut anzugehen, das andere angeblich gesät haben.

Die verschiedenen Schulen benutzen verschiedene Sprachen, in denen sie ihre ätiologischen Konzepte und ihr jeweiliges therapeutisches Vorgehen beschreiben, obwohl sie praktisch oft dicht beieinander liegen, wenn es um die Beurteilung der Störung eines bestimmten Patienten und die mit ihm einzuschlagenden therapeutischen Wege geht. Karasu (1986, S. 893) ist zuzustimmen, wenn er erklärt: "All psychotherapies use some combination of affective experiencing, cognitive mastery, and behavioral regulation as therapeutic change agents."

Vergleicht man die von Forschern mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund identifizierten und empirisch gesicherten Wirkfaktoren, finden sich tatsächlich große Übereinstimmungen. Nach Karasu (1996), dessen theoretischer Hintergrund in den sog. humanistischen Psychologien zu finden ist, sind es (1.) das affektive Erleben, (2.) die kognitive Bewältigung und (3.) die Verhaltensänderung, die den therapeutischen Fortschritt bewirken. Ganz ähnlich formuliert Grawe (1997), der einen kognitiv-behavioralen Ansatz vertritt und nach Prinzipien einer allgemeinen Psychotherapie sucht, wenn er als wesentliche Wirkfaktoren (1.) Aktualisierung des Problems, (2.) Herausarbeitung und Klärung von dessen Bedeutung sowie (3.) Coping und Mastery nennt. Als 4. Faktor betont er die Bedeutung der Aktivierung der Ressourcen des Patienten. Luborsky (1993) bezieht sich auf die psychodynamische Tradition und nennt ebenfalls vier Faktoren, nämlich (1.) die Qualität der therapeutischen Beziehung, zu der Patient und Therapeuten gleichermaßen beitragen können, (2.) die Fähigkeit des Therapeuten, das zentrale Beziehungskonfliktthema des Patienten herauszuarbeiten und es diesem (3.) verständlich zu machen bzw. zu deuten und schließlich (4.) die Durcharbeitung und Meisterung der Konflikte durch den Patienten. Limitierend kommt als 5. Faktor der Schweregrad der Störung des Patienten hinzu. Dieser spielt unter prognostischen Gesichtspunkten eine weitaus bedeutsamere Rolle als die diagnostische Zuordnung der Störung gemäß den Kriterien von DSM oder ICD. Im Kontext forensischer Psychotherapie sind als äußere Einflußfaktoren die Beteiligungen Dritter besonders zu



berücksichtigen, die sich sowohl bei Beginn der Therapie förderlich und/oder hinderlich im Therapieprozeß auswirken können.

Von allen therapeutischen Wirkfaktoren am besten untersucht ist die therapeutische Beziehung mit ihrer dreifachen Wirkung, der direkten, der vermittelnden und der interaktiven. Dies gilt, auch wenn die therapeutische Beziehung selbst in vielen kognitiv-behavioralen Therapiekonzeptualisierungen wenig explizit thematisiert wird.

Viele dieser Zielformulierungen lassen sich unschwer in psychodynamische Begrifflichkeit übersetzen. Statt von Förderung der Selbstkontrolle würde man dann zum Beispiel von Stärkung der Autonomie, statt von Metakognitionen und anderen in dem Katalog aufgeführten Begriffen von der Auflösung des Wiederholungszwangs sprechen. Die Verbesserung der interpersonalen Problemlösungsfähigkeiten steht im Zentrum dynamischer Deutungen der Patient-Therapeut-Interaktion. Im Erlernen kreativen Denkens findet sich die Förderung der Symbolisierungsfähigkeit wieder. Die Förderung kritischen Denkens mit dem Ziel, die Fakten nicht zu verdrehen und Schuld und Verantwortung nicht mehr auf andere zu schieben, wird in der analytischen Terminologie beschrieben als Auflösung von Projektionen. Die Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, daß die in der analytischen Terminologie anvisierte Umstrukturierung der Abwehr des Patienten und die damit einhergehenden Reifungsprozesse vielfältiger Einzelschritte bedürfen, die man unterschiedlich definieren und operationalisieren kann.

Buchstabiert man aus, was mit der von Luborsky verwendeten psychodynamischen Begrifflichkeit gemeint ist, wird man schnell erkennen, daß diese Prinzipien auch für andere Psychotherapierichtungen und damit schulenübergreifend gelten. Exemplarisch zeigen läßt sich dies am Begriff der hilfreichen therapeutischen Beziehung, der in Luborskys Konzept eine zentrale Rolle spielt. Damit eine solche zustande kommt, bedarf es seitens des Therapeuten eines empathischen Zugehens auf den Patienten, der Offenlegung des therapeutischen Settings und Vorgehens, der Verständigung mit dem Patienten über Behandlungsziele und der Unterstützung des Patienten bei dessen Bemühungen herauszufinden, wie er sich selbst helfen kann.

Zahlreiche weitere Details zu Patienten- (Garfield 1994), Therapeuten- (Beutler et al. 1994) sowie Prozeßvariablen (Orlinsky et al. 1994), die sich günstig oder ungünstig auf Therapieverlauf und -ergebnisse auswirken, finden sich für die allgemeine, nicht jedoch für die forensische Psychotherapie in den genannten Übersichtskapiteln im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin u. Garfield 1994)

#### **4. Negative Effekte von Psychotherapie**

Wie für die positiven gilt auch für die negativen Wirkfaktoren das bereits erwähnte Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky & Howard ^1986). Das heißt, daß Rahmenbedingungen, Institutionsvariablen sowie Therapeuten- und Patientenvariablen und schließlich deren jeweilige Interaktion in gleicher Weise zu berücksichtigen sind.

Zu Anfang der Psychotherapieforschung wurden insbesondere die ungünstigen Patientenvariablen fokussiert, und das Scheitern einer Behandlung oder gar die Verschlechterung des Befindens des Patienten wurde fast ausschließlich diesem selbst oder zumindest seinen Lebensumständen angelastet (z. B. Stein 1972). Die Schwere der Charakterstörung des Patienten und konstitutionelle Faktoren rangierten als häufig genannte Kausalitätsfaktoren; ferner niedriges Bildungsniveau, Schichtzugehörigkeit und das Gewicht von Realtraumen oder zusätzlicher körperlicher Erkrankungen; schließlich sekundärer Krankheitsgewinn, negative Übertragungen und ungünstige familiäre Konstellationen, die dazu beitragen, die neurotische oder psychotische Symptomatik des Patienten zu verstärken. Selbst Fehlindikationen für bestimmte Therapieformen wurden weniger den Therapeuten zugeschrieben, sondern vielmehr als Beleg dafür genommen, daß der (z. B. schizophrene) Patient einfach nicht die erforderlichen Voraussetzungen für eine günstige Prognose mitbringe. Nur marginal werden auch ungünstige Gegenübertragungen seitens der Therapeuten erwähnt.

Daß auch Therapeutenfaktoren einen negativen Einfluß haben können, ist seit langem bekannt. Bereits in den 60er Jahren hatten Strupp et al. (1969) negative Psychotherapieeffekte im Rückblick von Patienten identifiziert. Dieses Thema wurde erneut im Jahr 1977 diskutiert. Aus Sicht der Patienten ebenso wie aus Sicht von Experten waren Symptomverschlechterungen im Verlauf von Therapien häufig auf mangelndes klinisches Urteilsvermögen, unzureichende Diagnostik, falsche Indikationsstellungen und Versagen der Therapeuten zurückzuführen (Strupp et al. 1977). Unzureichende Ausbildung, mangelnde Erfahrung und Mangel an Supervision trugen wesentlich zu technischem Fehlverhalten bei. Wenn unqualifizierte Psychotherapeuten zum Beispiel aggressives Verhalten von Patienten stimulieren, ohne dann adäquat begrenzend darauf einzugehen, kann dies insbesondere bei Borderlinepatienten zu erheblichen Verschlechterungen der Symptomatik führen. Technische Fehler wurden in vielen Untersuchungen als kausal für ungünstige Ergebnisse identifiziert (siehe z. B. Sachs 1983). Sie wirken sich negativ auf den interpersonalen Prozeß aus, wie vor allem in Strupps Vanderbilt-Programm belegt wurde: Therapeuten mit den Patienten schützender und ihn unterstützender und verstehender Haltung erzielten weit bessere Erfolge als solche Therapeuten, die ihre Patienten kritisierten, beschuldigten und kleinmachten (Henry et al. 1986).

Als zweiter wichtiger negativer Faktor auf seiten der Therapeuten fand sich ein Komplex von Ahnungslosigkeit und persönlicher Unreife, der offenbar unabhängig von der Qualität der durchlaufenen Ausbildung war. Man könnte auch sagen, daß solche Therapeuten ihre Machtposition zum Schaden der Patienten ausnutzen. Persönlichkeitszüge des Therapeuten und technisches Fehlverhalten können dabei nahtlos ineinander übergehen. Als besonders inadäquate Haltungen und Verhalten von Therapeuten fanden Strupp et al. (1977):

- Kälte und Zwanghaftigkeit nach dem Motto "solange nur analytische Deutungen gegeben werden, ist alles erlaubt"
- übermäßiger Drang, Patienten dazu zu bewegen, sich zu ändern
- untergründig feindselige Haltung gegenüber Patienten, die sich häufig dahingehend auswirkt, daß den Patienten eine besonders un-

günstige Diagnose zugeschrieben wird, z. B. Boderline-Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (im Kontext der forensischen Psychiatrie müßte man heute die Diagnose antisoziale Persönlichkeitsstörung hier einfügen)

- Verführung
- mangelndes Interesse an Patienten und mangelnde Zuwendung
- Pessimismus, Sadismus, Unechtheit
- Narzißmus des Therapeuten sowie Mangel an Selbstkritik.

Unter der Leitfrage: "Müssen Therapeuten diagnostiziert werden?" haben wir kürzlich weitere ungünstige Therapeutenvariablen zusammengestellt (Pfäfflin u. Kächele 2000). Außerhalb des forensischen Bereichs zeigt im übrigen die schwedische Psychotherapiestudie (Sandell et al. 1999), daß einzelne Therapeutenvariablen zwar für bestimmte Therapiesettings ungünstig sind, für andere aber nicht.

Klar ist jedoch, daß therapeutische Techniken, die die Abwehr der Patienten durchbrechen, statt den Patienten einen Raum zu eröffnen, in dem sie sich verstanden fühlen und ihre Abwehr selbst neu strukturieren können, zu Destabilisierung führen. Auch Beschämung von Patienten ist keine prognostisch günstige Technik. Beispiele dafür gibt es sowohl aus der allgemeinen (z. B. Encountergruppen für psychotische Patienten) als auch aus der forensischen Psychotherapie (z. B. Hamelner Projekt).

Bei Patienten mit Perversionen sind technisch zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen (Goldberg 1995, 1998), die großes therapeutisches Geschick erfordern. In solchen Behandlungen müssen Idealisierung und Entwertung, die sich oft abrupt wechselseitig ablösen, ausgehalten, verstanden, interpretiert und verändert werden (Reiche 1996). Weder genügt es, den Patienten nur zu verurteilen und umerziehen zu wollen, noch ihm nur mit Empathie zu begegnen und die kritische Distanz aufzugeben.

Auf die institutionellen und Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs wurde bereits an anderer Stelle näher eingegangen (Pfäfflin 1997b). Sie haben sich in den vergangenen sechs Jahren im Ver-

gleich zum Jahrzehnt davor wieder verschlechtert, weil die Lockerungs- und Entlaßmöglichkeiten erheblich erschwert wurden. Da die Hintergründe dafür hinlänglich bekannt sind, brauchen sie hier nicht näher beschrieben zu werden.

## **5. Perspektiven**

Nach dem Urteil der Psychiatrie-Enquête des Bundestags aus dem Jahr 1975 nahm der Maßregelvollzug damals die Schlußlichtposition im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem ein. Auch ein Jahrzehnt später fand Leygrafs (1988) bezüglich der psychotherapeutischen Ausrichtung des Maßregelvollzugs noch desolate Verhältnisse vor. Ungeachtet der Rückschläge seit Mitte der 90er Jahre hat sich, gemessen daran, inzwischen vieles zum Positiven verändert. Ermutigend ist das Beispiel einer Maßregelklinik in einem Zentrum für Psychiatrie in Baden-Württemberg, die wegen ihrer therapeutischen Ausrichtung auf die Mitarbeiter der anderen Abteilungen des Zentrums eine so große Attraktivität ausübt, daß Schwestern, Pfleger und Ärzte die Umsetzung in den Maßregelvollzug beantragen.

Verbreitet sind solche Verhältnisse freilich noch nicht. Meist färbt das Stigma der psychisch kranken Rechtsbrecher auch auf die Behandler ab. Das wird sich vermutlich erst ändern, wenn die psychotherapeutische Effizienz der Straftäterbehandlung Anschluß gefunden hat an jene der allgemeinen Psychotherapie, die wesentlich höher liegt. Vergleicht man die rückläufige Entwicklung der durchschnittlichen Liegezeiten in der allgemeinen Psychiatrie und der stationären Psychotherapie mit der inzwischen wieder gegenläufigen Verlängerung von Liegezeiten im Maßregelvollzug, wird offenkundig, wie anachronistisch der Maßregelvollzug noch immer ist. Noch längst hat er nicht jene psychotherapeutische Effizienz erreicht, die er eigentlich erreichen könnte. Zweifellos sind nicht alle Erkenntnisse aus der allgemeinen Psychotherapieforschung auf den Maßregelvollzug mit seinen Sicherheitsaspekten unmittelbar übertragbar. Von einer Intensivierung des Austausches zwischen allgemeiner Psychotherapieforschung und Psychotherapieforschung im Maßregelvollzug sind aber

Impulse zu erwarten, die eine größere Flexibilisierung der Maßregelbehandlung erlauben. Langfristig sollte sich der Maßregelvollzug zum Ziel setzen, immer mehr Behandlungen in den ambulanten Sektor zu verlagern, auch wenn dies dem Zeitgeist widersprechen mag.

## **Literatur**

- Abel G, Blanchard EB, Barlow DH, Flanagan B (1975) A case report of the behavioral treatment of a sadistic rapist. Paper presented at the 9th Annual Convention of the Association for the Advancement in Behavior Therapy, San Francisco, CA
- Abel G, Blanchard EB, Becker JV (1978) An integrated treatment program for rapists. In: Rada R (Hrsg) Clinical aspects of the rapist. Grune & Stratton, New York, 161-214
- Abel G, Mittelman MS, Becker JV (1985) Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment. In: Ben-Aron MH, Hucker SJ, Webster CD (Hrsg) Clinical criminology: The assessment and treatment of criminal behavior. M & M Graphics, Toronto, 191-205
- Abel G, Osborn C, Anthony D, Gardos P (1992) Current treatments of paraphiliacs. Annual Review of Sex Research 3: 255-290
- Aichhorn A (1925) Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. 7. Aufl. 1971, Huber, Bern
- Andrews, DA, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT (1990) Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology 28: 369-404

- Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS (1989) Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 20: 261-282
- Beek DJv (1999) De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten. Gouda Quint, Arnhem
- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1971<sup>1</sup>, 1978<sup>2</sup>, 1986<sup>3</sup>, 1994<sup>4</sup>) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley, New York
- Beutler LE, Machado PPP, Altstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley, New York, 229-269
- Böllinger L (1979) *Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten*. CF Müller, Heidelberg Karlsruhe
- Chambless DL (1998) Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 166: @@
- Chambless DL et al (1998) Update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist* 51: 3-16
- Conrad SR, Wincze JO (1976) Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy* 7: 155-166
- Cremerius J (1962) *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Springer, Berlin etc.
- Dahle K-P (1995) *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Roderer, Regensburg
- Dahle K-P (1997) Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In: Steller M, Volbert R (Hrsg) *Psychologie im Strafverfahren*. Huber, Bern etc., 142-159
- Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 8: 94-113
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36: 166-169
- Eissler K (Hrsg) (1949) *Searchlights on delinquency*. International University Press, New York

- Eissler K (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1: 104-153
- Elkin I (1994) The NIMH Treatment of Depression Collaborative Program: Where we began and where we are. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4. Aufl.. John Wiley, New York, 114-139
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy. An evaluation. *J Consulting Psychology* 16: 319-324
- Feiereis H (1989) Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Hans Marseille Verlag, München
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. *GW Bd 1*, 75-312
- Friedlander K (1947) The psychoanalytic approach to juvenile delinquency. Theory, case studies, treatment. **Verlag, Ort**
- Friedlander, K (1949) Latent delinquency and ego development. In: Eissler, K (Hrsg): *Searchlights on Delinquency*. International University Press, New York, 205-215
- Furby L, Weinrott M, Blackshaw L (1989) Sex offender recidivism. A review. *Psychological Bulletin* 105: 3-30
- Garfield SL (1994) Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley, New York, 190-228
- Glover E (1944) *Mental abnormality and crime*. Macmillan, London
- Glover E (1960) The roots of crime. *Selected papers on psychoanalysis*, Vol II, International University Press, London
- Göring MH (Hrsg) (1934) *Deutsche Seelenheilkunde*. Hirzel, Leipzig
- Goldberg AJ (1995) The problem of perversion. The view from self psychology. Yale University Press, New Haven
- Goldberg AJ (1998) Perversion aus der Sicht psychoanalytischer Selbstpsychologie. *Psyche* 52: 709-730



- Grawe K (1976) Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. Huber, Bern
- Grawe K (1997) Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7: 1-19
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozeßvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19: 316-337
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen etc.
- Greeven PGJ (1997) De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Een empirische studie. Gouda Quint, Deventer
- Hall GCN (1995) Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 802-809
- Hanson RK, Bussière MT (1998) Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 348-362
- Hare RD (1991) Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised. Multi-Health Systems, Toronto
- Henry W, Schacht T, Strupp HH (1986) Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 27-31
- Hoffman SO, Hochapfel G (1995) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart New York
- Howard K, Moras K, Brill P, Martinowich Z, Lutz W (1996) The evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, patient progress. *American Psychologist* 51: 1059-1064
- Kächele H für die Studiengruppe MZ-ESS (1999) Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen: Studiendesign und erste Ergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49: 100-108

- Kächele, H, Richter R, Thomä H, Meyer AE (1999) Psychotherapy services in the Federal Republic of Germany. In: Miller N, Magruder K (Hrsg) The cost effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policymakers. Oxford University Press, Oxford, 334-344
- Kächele H, Thomä H (1999) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 3: Forschung. <http://sip.medizin.uni-ulm.de>
- Karasu T (1986) The specificity versus nonspecificity dilemma: Towards identifying therapeutic change agents. American Journal of Psychiatry 143: 687-695
- Klein M (1961) Narrative of a child analysis. Hogarth, London
- Kremsdorf RB, Homen ML, Laws R (1980) Orgasmic reconditioning without deviant imagery: A case report with a pedophile. Behavior Research and Therapy 18: 203-207
- Laws DR, Marshall WL (1991) Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. Advances in Behavior Research and Therapy 13: 13-25
- Laws DR, Meyer J, Homen ML (1978) Reduction of sadistic sexual arousal by olfactory aversion: A case study, Behavior Research and Therapy 16: 281-285
- Leygraf N (1988) Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer, Berlin etc.
- Lösel F, Bender D (1998) Aggressives und delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Kenntnisstand und Forschungsperspektiven. In: Kröber H-L, Dahle K-P (Hrsg) Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf-Behandlung-Opferschutz. Kriminalistik, Heidelberg, 13-38
- Luborsky L (1993) How to maximize the curative factors in dynamic psychotherapy. In: Miller N, Luborsky L, Barber J, Docherty J (Hrsg) Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. Basic Books, New York, 519-535
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 32: 995-1008

- Luborsky L, Crits-Cristoph P, Mellon J (1986) The advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 39-47
- Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Christoph P, Bachrach H (1980) Predicting the outcomes of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry* 37: 471-481
- Luff MC, Garrod M (1935) The after-results of psychotherapy in 500 adult cases. *British Medical Journal* 2: 54-59
- Marle HJC (1995) Een gesloten systeem. Een psychoanalytisch kader voor de verpleging en behandeling van TBS-gestelden. Gouda Quint, Arnhem
- Marshall, WL (1971) A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behavior Research and Therapy* 9: 293-294
- Marshall WL, Eccles A, Barbaree HE (1991) The treatment of exhibitionists: A focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behavior Research and Therapy* 29: 129-135
- Marshall WL, Fernandez, Y., Hudson, S., Ward, T. (Hrsg.) (1998): Sourcebook of treatment programs for sexual offenders. Plenum Press, New York London
- McConnaghy H (1990) Assessment and treatment of sex offenders. The Prince of Wales Programme. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24: 175-181
- McConnaghy H, Armstrong MS, Blasczynski A (1985) Expectancy, covert sensitization and imaginal desensitization in compulsive sexuality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72: 76-187
- Meyer AE (Hrsg) (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics* 35: 81-207
- Müller-Isberner, R. (1998) Ein differenziertes Behandlungskonzept für den psychiatrischen Maßregelvollzug. In: Wagner, E., Werdenich, W. (Hrsg.) *Forensische Psychotherapie*. Facultas Universitäts-Verlag, Wien, S. 197-209
- Müller-Isberner, R. , Gonzales Cabeza, S. (1999): Kriminalpräventive Ansätze bei persönlichkeitsgestörten Rechtsbrechern. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT)* 3: 91-96

- Müller-Isberner R, Jöckel D, Gonzales Cabeza S (1998) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20 in der modifizierten und adaptierten Übersetzung der kanadischen Originalversion 2 von Christopher D. Webster, Kevin S. Douglas, Derek Eaves und Stephen D. Hart. Institut für Forensische Psychiatrie Haina, Haina
- Neustatter WL (1935) The results of fifty cases treated by psychotherapy. *Lancet* 1: 796-799
- Orlinsky, DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley, New York, 270-376
- Pithers WD, Marques JK, Gibat CC, Marlatt GA (1983) Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In: Greer JG, Stuart IR (Hrsg) *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*. Van Nostrand Reinhardt, New York, 214-239
- Pfäfflin F (1997a) Angst und Lust. Zur Diskussion über gefährliche Straftäter. *Recht & Psychiatrie* 15: 59-67
- Pfäfflin F (1997b) Günstige und ungünstige Rahmenbedingungen für Psychotherapie im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Werkstattsschriften (WsFFP)* 4: 143-156
- Pfäfflin F, Kächele H (2000) Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT)* 3, Heft 2 (im Druck)
- Pfäfflin F, Junge A (1992) Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961-1991. In: Pfäfflin, F, Junge A (Hrsg) *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Schattauer, Stuttgart New York, 149-457
- Pfäfflin F, Mergenthaler E (1998) Forschungsfragen der Forensischen Psychotherapie. In: Wagner E, Werdenich W (Hrsg) *Forensische Psychotherapie. Therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Facultas, Wien, 21-36
- Rad Mv, Senf W, Bräutigam W (1998) Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidel-

- berger Katamneseprojektes. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48: 88-110
- Reiche R (1996) Psychoanalytische Therapie sexueller Perversionen. In: Sigusch V (Hrsg) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart, 241-265
- Rice ME, Harris, GT, Quinsey VL (1991) Evaluation of an institution-based treatment program for child molesters. The Canadian Journal of Program Evaluation 6: 11-129
- Ross RR, Fabiano E (1985) Time to think. A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation. Institute of social Sciences and Arts, Inc., Johnson City, TE
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Schubert J, Carlsson J, Broberg J (1999) Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse nach Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. Forum der Psychoanalyse 15: 327-347
- Schmideberg M (1932) Zur Psychoanalyse asozialer Kinder und Jugendlicher. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 18: 474-527
- Schmideberg M (1949) The analytic treatment of major criminals. In: Eissler K (Hrsg): Searchlights on Delinquency. International University Press, New York, 174-189
- Schmideberg M (1958) Treating the unwilling patient. British Journal of Delinquency 9: 117-121
- Schmideberg M (1967) Offender therapy: New vistas. International Journal of Offender therapy 11: 51-56
- Serber M (1970) Shame aversion therapy. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry 1: 213-215
- Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975) Psychotherapy versus behavior therapy. Harvard University Press, Cambridge MA
- Smith ML, Glass GV, Miller TL (1980) The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins Press, Baltimore

- Stein A (1972) Causes of failure in psychoanalytic psychotherapy. In: Wolman B (Hrsg) Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy. Macmillan, New York, 37-52
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse. Aronson, New York
- Strupp HH, Fox R, Lessler K (1969) Patients view their psychotherapy. Johns Hopkins, Baltimore
- Wille R, Beier K-M (1989) Castration in Germany. Annals of Sex Research 2: 103-133
- Winnicott DW (1982) Bruchstück einer Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Zielke M (1989) Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen: Ein sozialwissenschaftlicher Trend oder ein Weg zur Sicherstellung rationaler Entscheidungsgrundlagen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation @ @129-131
- Zielke M (1999) Kosten-Nutzen-Analysen in der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 49: 361-367

Anschrift der Verfasser:

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Universitätsklinikum Ulm

am Hochsträß 8

89081 Ulm