

Kächele H (2010) Therapie-Manual: Forschungsmethode und/oder Praxisrealität.
Zeitschrift für Individualpsychologie 35: 239-248

Therapie-Manual: Forschungsmethode und/oder Praxisrealität?

Horst Kächele, Berlin-Ulm

Summary

The term ‚treatment manual’ has increasingly replace the old fashioned term ‚textbook“. It was introduced in the context of the NIMH depression study in the seventies. From a methodological device within treatment research it has moved to a factor shaping present evidence-based treatment practice. The paper discusses this development in terms of its impact on shaping the culture of psychotherapy.

Key words: treatment manuals, evidence-based psychotherapy, research, practice

Zusammenfassung

Der Ausdruck „Therapie-Manual“ ersetzt zunehmend den Begriff „Lehrbuch“. Er wurde im Kontext des NIMH Forschungsprogrammes zur Depression in den siebziger Jahren eingeführt. Von einem methodologisch begründeten Mittel mutierte er zu einem Faktor, der gegenwärtig die evidenz-basierte Therapiepraxis bestimmt. Die Arbeit diskutiert die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die Therapiekultur.

Schlagworte: Therapie-Manual, Evidenz-basierte Psychotherapie, Forschung, Praxis

Die Deutsche Akademie für Sprache und Dichtung zeichnet Jahr für Jahr ein Wort aus, das den Geist der Zeit beleuchtet. ‚Abwrackprämie‘ hat es diesmal geschafft. Hätten wir eine solche Akademie für die Sprachwelt der Psychotherapie, dann würde es mehrere Kandidaten für eine Auszeichnung geben. Gewiss wäre das Wort „Therapie-Manual“ darunter. Jeder Prospekt renommierter Verlage nutzt seit wenigen Jahren dieses Schlagwort; statt wie einst ‚Lehrbuch‘ heißt es nun ‚Manual‘. Einige Beispiele aus dem 2010-Prospekt eines renommierten Psychologie-Verlages können dies illustrieren: Angekündigt werden als Neuerscheinung u.a. ein „Therapiemanual für Panikstörung und Agoraphobie“ in der 3. vollständig überarbeiteten Auflage (Schmidt-Traub 2010), ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung (Hilbert u. Tuschen-Caffner 2010) und ein Trainingsprogramm zur Rückfallsprophylaxe bei Drogenabhängigkeit (Klos u. Görgen 2010). Man sage nun nicht, Manuale seien eine Aus-Geburt der Verhaltenstherapie, auch wenn sie dort offenkundig sich großer Beliebtheit erfreuen. Die Praxisreihe „Fortschritte der Psychotherapie“ umfasst derzeit 35 Manuale und ca. 15 weitere sind als in Planung angekündigt. Interessant ist nun, dass der gleiche Verlag auch einen ersten Band zur „Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der psychodynamischen Praxis“ (Beutel et al. 2010) ankündigt und gar mit weiteren Bänden in Planung ‚droht‘. Angesichts dieser Marktentwicklung lohnt es sich, einen kritischen Blick auf diese neue Präsentationsform von Handlungswissen zu werfen. Hat diese die Vorstellung genährt, dass für jede Störung – und derer gibt es viele, ein eigenes Manual verfasst und erworben werden muss? Und wie viele Manuale kann der Praktiker denn nun wirklich kompetent umsetzen? Solche Fragen sind schwer zu

beantworten und deshalb ist es lohnend, dem Entstehungskontext dieser Manualisierung von Psychotherapie nachzugehen.

Dazu ist ein Blick auf das komplexe System geeignet, in dem Praktiker und Wissenschaftler agieren. Das ‚Generische Modell der Psychotherapie‘ von Orlinsky und Howard (1987; dt. 1988) identifiziert Bereiche, bei denen klinische Relevanz und Forschungseifer gegeneinander oder miteinander abgeschätzt werden können.

BILD 1

--etwa hier --

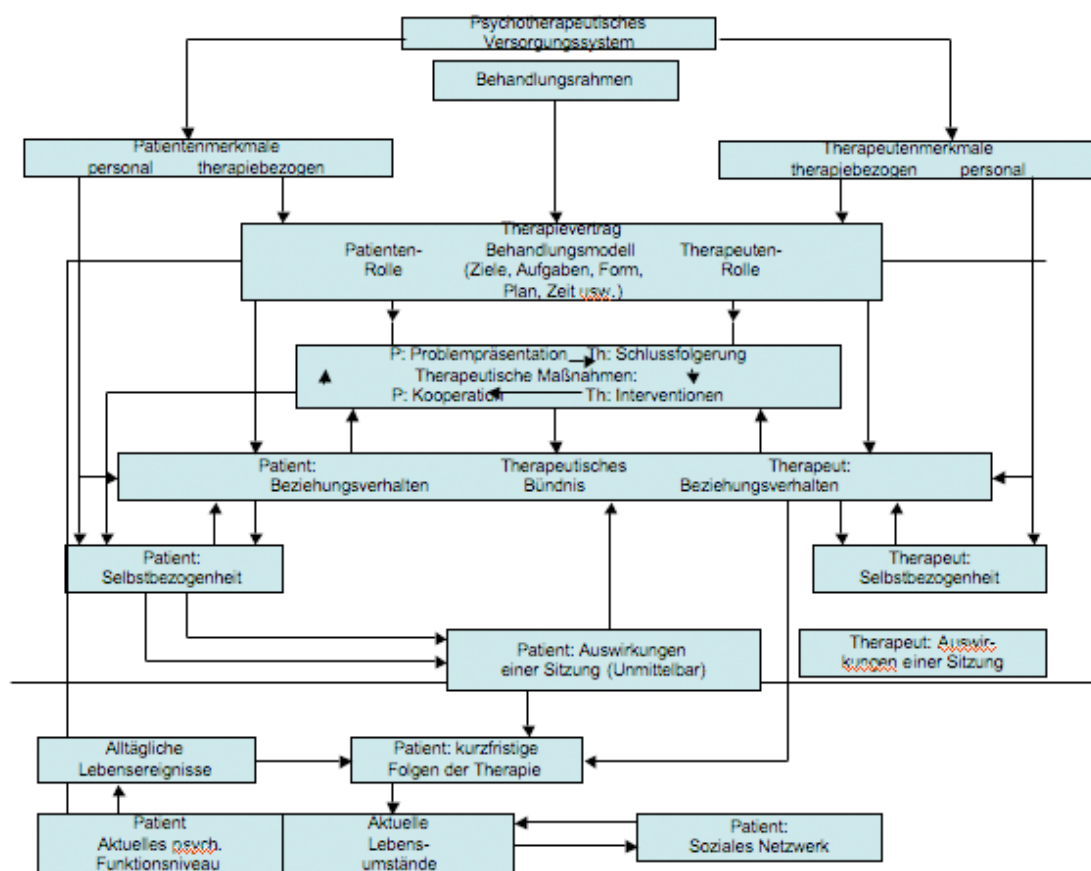


Abb.1. Das „Generic Model of Psychotherapy“.

Im Modul ‚Behandlungsmodell‘ sind die sog. Therapie-Manuale zu lokalisieren, die der – einst zwischen Wilhelm Reich und Theodor Reik ausgetragenen Kontroverse –, um <Planung versus Intuition> neue Nahrung gegeben haben. Deren formale Implementierung lässt sich zeitlich ziemlich gut lokalisieren.

Auf Betreiben von Morris Parloff, dem Leiter des Bereichs Psychotherapie am National Institute of Mental Health (NIMH), wurde eine Erkundungsstudie zur Lage der Psychotherapieforschung in den USA Ende der sechziger Jahre in Auftrag gegeben. Der von Allan E. Bergin und Hans H. Strupp (1972) verfasste Bericht konstatierte ein weit verbreitetes Zögern einzelner Therapieforscher sich an Therapie-Vergleichenden Forschungsprogrammen zu beteiligen und empfahl besonders die Durchführung solcher Studien, die sich auf die Spezifitätsfrage konzentrieren sollten.

Angesichts dieser Sachlage beschloss die zuständige Gruppe im NIMH ein eigenes Programm aufzulegen, das sich an die in der Psychopharmakologie bewährten Vorgehensweisen anlehnen sollte:

„In 1977... the NIMH initiators of the TDCRP (Parloff and Waskin {now Elkin} determined, on the basis of formal position papers and informal discussions with researchers, that the field had become more receptive to a collaborative venture, and that the area of outpatient depression was particularly ready for such a study. We decided to launch the Collaborative study, with the major aim of testing the feasibility and usefulness of this model in psychotherapy research“ (Elkin 1994, S.115).

Im Kontext dieser Entscheidung wurde eine methodische Innovation eingeleitet, die mit dem Schlagwort „Psychotherapie-Manual“ die Profession beschäftigt (Kächele 2008). Die NIHM-Studiengruppe entschied sich für zwei Therapiemethoden, die damals bereits folgende Kriterien erfüllten:

„Each method had been developed to treat depressed outpatients; there was already some demonstration of their effectiveness; and the

approaches were sufficiently standardized (e.g. in the form of a manual) so that others could reliably carry out the treatment“ (Elkin 1994, S. 115).

Das dritte Kriterium verdient besondere Beachtung; nicht die Erfinder einer Methode sollten ihr Lieblingsmethode ins Rennen schicken, - und damit den erst später als ‚allegiance‘ identifizierte Effekt vorwegnehmend (Luborsky et al. 1999) - sondern verlangt wurde, dass Anwender (wohl unter Supervision der Autoren der jeweilige Methode) eine hinreichende gute Performanz in der Durchführung einer spezifischen Methode aufweisen.

Das Manual der kognitiven Therapie war von Beck et al. (1979) vorgelegt worden; das Manual der Interpersonellen Therapie von Klermann et al (1984) erschien kurze Zeit später. Praktisch zeitgleich erblickten zwei psychodynamische Manuale das Licht der Welt (Luborsky 1984; Strupp u. Binder 1984), die zum Zeitpunkt der NIMH-Studienplanung allerdings keine depressions-spezifischen Befunde vorweisen konnten.

Diese Einführung von Manualen etablierte eine neue Spielregel der US-Forschungsförderung, die im Kontext der Einführung der Evidenz-basierten Medizin sich rasant verbreitet hat: gefordert wurden und werden heute 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 muss. Damit wurden Therapiestudien, bei denen nur eine Zwei-Punkte-Messung - Beginn und Ende - vorliegt, als unzureichend erklärt; die tatsächlich zur Anwendung kommende psychotherapeutische Intervention musste zuverlässig bestimmbar sein und diese musste mit der ‚wohltätigen Wirkung‘ 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 sollten sicherstellen, dass Therapeuten auch das tun, was sie nach ihrer eigenen Therapietheorie auch tun sollen. Zunächst einmal wurde erreicht, dass geklärt werden musste, welche Elemente als ‚essentials‘ einer Therapiemethode zu gelten hatten. So konnte Merton Gill im Vorwort zu dem psychodynamischen Manual von Strupp und Binder 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 (1984) Text vertrat den Anspruch, die wesentlichen kurativen Prinzipien des psychoanalytischen Behandlungsparadigmas in seiner Darstellung aufgenommen zu haben. In ähnlicher Weise stellten Klerman und Mitarbeiter die Interpersonale Psychotherapie u.a. in enge Nachbarschaft mit der psychodynamischen Behandlungstheorie und stützen sie mit empirischer Evidenz ab¹.

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 Regelhaftigkeit und Regel-Strukturiertheit, mit der die psychoanalytische Behandlungssituation ausgestattet sein muss. Thomä u. Kächele (2006) gehen in dieser Hinsicht sogar soweit, zu behaupten, dass in einer guten psychoanalytischen Arbeit die Ausnahme die Regel sein. Gewiss sind für verhaltenstherapeutische Ansätze solche manual-basierten Spezifizierungen weniger problematisch, aber auch nicht ganz unproblematisch, wenn ich VT-interne Diskussionen 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 damals für drei Manual-gestützte Therapien 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> wurde dabei so bestimmt, dass anhand von Einschätzungsskalen eine Auswahl

¹ Allerdings ist umstritten, wie nahe diese Nachbarschaft denn wirklich ist; manche Forscher ordnen die IPT der großen psychodynamischen Familie zu, andere schließen diese in vergleichenden, meta-

von Sitzungen auf den Ausprägungsgrad einer der drei Manuale bestimmten Techniken hin eingeschätzt wurde.

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 (Lambert u. Barley 2002), 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, jedoch auch flexible Technik des Therapeuten entscheidend sein.

Crits-Christoph et al. (1991) berichteten 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. Es lag also nahe zu schlussfolgern, dass sowohl Manual-Verwendung als auch individuelle Expertise berücksichtigt werden

sollten. Aber wer nun glaubt, die Sache sei entschieden, hat sich zu früh gefreut!

In der Vanderbilt 2 Studie der Strupp'schen Arbeitsgruppe sollte deshalb 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 propagierte der Verhaltenstherapeut Schulte pronociert die (allerdings statistisch eher bescheidene) 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 Symptomniveau wie auch auf das allgemeine Funktionsniveau (Emmelkamp et al. 1994).

In die gleiche Richtung wies 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 in der Hupert et al. Studie 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 wurde auch eine umfangreiche Meta-Analyse über 90 Studien von Shaddish et al. (2000) belegt; sie zeigte, dass naturalistisch angewandte Psychotherapien den manualisierten Behandlungen ebenbürtig waren:

„Collectively, the consistency of these results suggest, while the use of manuals reduce outcome variability, few mean differences in outcome accrue as a function of using treatment manuals in clinically relevant samples“ (Beutler et al. 2004, S. 246).

Als Fazit dieser Befunde finde ich am überzeugendsten die Formulierung, dass diejenigen, die noch wenig wissen und können, am meisten vom Gebrauch von Manualen profitieren (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! In diesem Sinne hatte H. Thomä (1999) dem Kernbergschen Borderline-Manual ins (englische) Stammbuch geschrieben: "Dieses Therapiebuch sollte man sich zunächst einprägen und dann auch wieder vergessen". Obwohl einiges für solch kühne Empfehlungen spricht, habe ich doch im Vorwort der deutschen Version empfohlen, „den Text dieses Manuals sehr gründlich zu studieren; der Eindruck wird unvergesslich sein“ (Kächele 2000). Die offene Frage lautet also, wie lange und wie gründlich man ein Manual studieren sollte, um es dann wieder in der täglichen Arbeit ‚vergessen‘ zu können?

Politik und Praxis

In der gegenwärtigen wissenschaftlichen und berufspolitischen Situation ist die Forderung nach Evidenzbasierung von Psychotherapie schon lange nicht mehr nur ein wissenschaftliches Thema, sondern ist „zu einem regulativen Mechanismus geworden“ (Linden et al. 2009, S. 1341). Im formalen Versuchsaufbau, der randomisiert-kontrollierten Studie, spielt die störungs-spezifische, manualisierte Methodik eine zentrale, jedoch strittige Rolle.

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).

Die Entwicklung zu störungs-spezifischen, empirisch gestützten Therapieformen (Chambless u. Hollon 1998) verstärkt eine technokratische Perspektive in der Psychotherapie. 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 das Krankheitsbild der Borderline-Störung stehen derzeit mehrere Verfahren in edlem Wettstreit: Die New Yorker Studie von Kernbergs-Arbeitsgruppe vergleicht die Dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan 1993), die Übertragungs-fokussierte Therapie (Clarkin et al. 1999) und die

Supportive Therapie (Rockland 1992). Dass diese Studie eine recht ähnliche Besserungsrate bezüglich der Symptomatik (Clarkin et al. 2007), aber differentielle Befunde bezüglich struktureller Variablen wie z.B. Bindungsmuster zeigt, könnte weiterführen sein (Levy et al. 2006). Die Mentalisierungs-basierte Therapie (Bateman & Fonagy 1999, 2008, 2009) wurde wiederholt erfolgreich gegen treatment-as-usual getestet. Eine weitere, jüngst beschriebene und rasch einen Markt sich erobernde Intervention ist die Schema-Therapie, die angeblich besser als Übertragungs-Fokussierte Psychotherapie sein soll (Giesen-Bloo et al. 2006). Eine australische Studie (Stevenson u. Meares 1992), wenn auch nicht im RCT-Design zeigte, dass selbst selbstpsychologische Ansätze mehr oder minder manualisiert, dafür gut supervidiert, Erfolge verbuchen können, was einen Gesprächstherapeuten wie Eckert (2004) nicht überrascht.

Was soll der Praktiker also tun angesichts der Fülle der Evidenz manualisierter Therapien? Soll er dem Wettstreit zuschauen und abwarten, welche Methode die wirklich bessere ist? Oder soll er seine Lieblingsintervention, die mit seiner privaten, oft nur in Ansätzen ausbuchstabilten, Anthropologie am ehesten kompatibel ist, wählen, oder soll er seiner Patientin Videoclips mit Ausschnitten von verschiedenen Verfahren zugänglich machen, damit sie selbst die passende Wahl treffen kann? 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 zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichbar (Kächele & Kordy 2003). Da es aber eher unwahrscheinlich ist, dass der gigantische Aufwand, der für solche differentiellen Indikationsstudien zu

treiben wäre, - angesichts vielfältiger Persönlichkeits- und sozialstruktureller Dimensionen, die in Betracht - , mit den Forschungsmodell der randomisiert - kontrollierten Studie zu lösen sein wird, ist 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? – ist der Subtext dieser Arbeit; es geht auch anders herum: Wer lernt was von wem? Sollte man nicht dem nachgewiesenen Erfolgs-Potential einzelner Therapeuten mehr nachgehen, die Luborsky et al. schon 1985 aufgewiesen und die erneut in der schwedischen Studie zur Langzeittherapie (Sandell et al. 2006) herausgearbeitet wurde, anstatt immer stärker störungs-spezifische Manuale zu verbreiten, deren Beitrag zu Ergebnisvarianz doch recht bescheiden ausfällt (Wampold 2001)? Immerhin scheint eine Bewegung von der störungs-spezifischen Ansatz zur einer Orientierung an dem Störungsbild mit Berücksichtigung anderer relevanter Aspekte in Gang gekommen zu sein, wie man dem neueren Lehrbuch „Störungs-orientierte Psychotherapie“ von Herpertz et al. (2008) entnehmen kann.

Angesichts der explodierenden Heterogenität der Forschungsbefunde für Manual-gestützte Therapien in RCT- Studien brauchen wir ergänzende naturalistische Studien, bei denen die messbare Einhaltung („Adherence“) einer Methode durch eine Einzelfall-orientierte Einstellung balanciert wird. Als Kliniker ist uns nur allzu vertraut, dass im Einzelfall eine psychotherapeutische Behandlung nicht immer ohne Fall-bedingte Variationen ihr 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 :

- 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.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2008): 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiat* 165: 631-638.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2009): Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 166: 1355-1364.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bein, A., Anderson, T., Strupp, H.H., 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.
- Bergin, A.E., Strupp, H.H. (1972): *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. New York: Aldine.
- Beutel, M.E., Doering, S., Leichsenring, F., Reich, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E. (2004): Therapist Variables. In: Lambert MJ (Hg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, S. 227-306.
- Blatt, S.J., Sanislow, C., Zuroff, D.C., Pilkonis, P. (1996): Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 64: 1276-1284.
- Brunhoeber, S. (2010): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998): Defining empirically supported therapies. *J Con Clin Psychol* 66: 7-18.
- Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE (1999) *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients*. New York: Guilford Press; dt. (2000) *Psychotherapie der Borderline-*

- Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2007): Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922-928.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Beck, A.T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., Thomson, L., Gallagher, D. & Zitrin, C. (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychother Res* 1: 81-91.
- Eckert, J. (2004): Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. *Forum Psychoanal* 20: 244-247.
- 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.
- Elkin, I. (1994): The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, S. 114-139.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nardort, M., Arntz, A. (2006): Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 63: 649-658.
- Gill, M.M. (1984): Preface to Strupp & Binder (1984).
- Herpertz, S.C., Caspar, F., Mundt, C. (Hg.) (2008): *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban u. Fischer.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. (2010): *Essanfälle und Adipositas. Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hupert, J., Bufka, L., Barlow, D., Gorman, J.M., Shear, M.K., 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. (2000): Vorwort. In Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2000): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer.

- Kächele, H. (2008): Forscher und Praktiker: wer lehrt wen was?
Persönlichkeitsstörungen 12: 54-64
- Kächele, H., Kordy, H. (2003): Indikation als Entscheidungsprozess. In:
Adler, R. et al. (Hg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle
ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München, Jena: Urban &
Fischer, S. 425-436.
- Klermann, G.L., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984):
Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books;
dt. Schramm, E. (1996): Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart:
Schattauer Verlag.
- Klos, H., Görden, W. (2010): Rückfallprophylaxe bei
Drogenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M.J., Barley, D.E. (2002): Research summary on the
therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross,
J.C. (Hg.): Psychotherapy relationships that work: therapist
contributions and responsiveness to patients. Oxford: Oxford
University Press, S. 17-25.
- 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. Bull Menninger Clinic 68: 115-129.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M.,
Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (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.
- Linden, M., Maier, W., Möller, H-J., Saß, H. (2009): Wissenschaft lebt
von der Auseinandersetzung. Zur Debatte um Evidenzbasierung in
der Psychotherapie. Nervenarzt 80: 1341-1342.
- Linehan, M. (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline
personality disorder. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1984): Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. New
York: Basic Books; dt. (1988): Einführung in die analytische
Psychotherapie. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.

- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.B., O'Brien, C.P., Auerbach, A.H. (1985): Therapists' success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42: 602-611.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S., Schweitzer, E. (1999): The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6: 95-106.
- 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.
- Orlinsky, D., Howard, K.I. (1987): A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6: 6-27; dt. (1988): Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281-
- Rockland, L. (1992): Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach. New York: Guilford Press.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J., Broberg, J. (2006): Therapists' attitudes and patient outcomes: III A latent class (LC) analysis of therapies. *Psychol Psychother* 79: 629-647.
- Schmidt-Traub, S. (2010): Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- 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.
- Stevenson, J., Meares, R. (1992): An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 149: 358-362.
- Strupp, H.H., Binder, J. (1984): Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy. New York: Basic Books; dt. (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomä, H. (1999): Preface to Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., Yeomans, F.E. (1999): Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients. New York: Guilford Press.

- Thomä, H., Kächele, H. (2006): Psychoanalytische Therapie. Band 1
Grundlagen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 3. Auflage.
- Wampold, B. (2001): The great psychotherapy debate. Models,
methods and findings, Mahwah, NJ.

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele
International Psychoanalytic University
Stromstr. 3
10555 Berlin
privat: Sonnenweg 25, 89081 Ulm
horst.kaechele@uni-ulm.de