

212. Kächele H (1997) Effizienz und Effektivität - Bedenkenswerte Lektionen aus dem Internet.
In: Willenberg H, Hoffmann SO (Hrsg) Handeln - Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie. VAS - Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main, S 163-170

Effizienz und Effektivität - Bedenkenswerte Lektionen aus dem Internet

Horst Kächele (Ulm/Stuttgart)

Fast täglich werden wir inzwischen von dem neuen Wunderwerk der Informationstechnologie geflutet - nur ist dies bislang für nur wenige Psychotherapeuten ein brauchbares Handwerkszeug geworden. Es fehlen nicht nur die PCs, der Software, sondern noch mehr es fehlen die richtigen Adressen, die connections.

Seit ca einem Jahr hat mich Ken Howard von der Northwestern University mit dem SSCP-Netzwerk in Verbindung gebracht; SSCP steht für Society for Scientific Clinical Psychology.

Eine der wichtigen Diskussionen, die seit Monaten den Austausch beherrscht, - die ich in den sog- LETTERS FROM SSCPnet 1-8 /1995 aufgearbeitet habe - betrifft das Verhältnis von **Effizienz- und Effektivitätsforschung**.

Nachdem Klaus Grawe et al (1994) die deutschsprachige Psychotherapieszene und die mehr oder minder fachkundige Öffentlichkeit mit ihrer Übersicht in heftige, teilweise recht kontrovers geführte Diskussionen gestürzt haben, erscheint es mir sinnvoll, als Beitrag zu einer Vertiefung der Diskussion einen Punkt hervorzuheben, der bislang m.E. ungenügend zur Kenntnis genommen wird. Es handelt sich dabei um den klinisch höchst bedeutsamen Unterschied zwischen der kontrollierten Identifizierung von wirksamen Mechanismen und Prozessen einzelner therapeutischer Strategien, der sog. **Effizienzforschung**, und Feststellung der Wirksamkeit in der klinischen Anwendung, der sog. **Effektivitätsforschung**.

Obwohl diese Unterscheidung längst Bildungsgut der fachlich Kundigen sein dürften - denn diese Unterscheidungen wurden 1984 ausgiebig von Wittmann diskutiert - scheinen sie nach meinem (subjektiven) Eindruck entschieden zu wenig im kritisch-alltäglichen Bewusstsein der Konsumenten der jeweils neuesten Lageberichte zum Stand der Therapieforschung zu sein. Die von Baumann & Reinecker-Hecht (1986) getroffene Unterscheidung¹ - "Wirksamkeit stellt eine abstrakte Größe dar ohne Bezug zu den realen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung. Effizienz hingegen analysiert das therapeutische Handeln unter den konkreten Randbedingungen, bei denen Kosten und Nutzen mitzubehrsichtigen sind"(S.359) - engt das Effizienz-Konzept zu sehr auf den Kosten-Nutzen Aspekt ein und diskutiert zu wenig das Konzept der Anwendungsbeobachtung.

Deshalb soll diese für die Bewertung von Forschungsergebnissen wichtige Unterscheidung erneut an einem Diskussionsbeitrag von Neil Jacobson, der als stets kritischer Beobachter der Psychotherapieforschungszene bekannt ist, im SSCPnet vom Samstag, den 24. Juni 95 erläutert werden.

Den Kontext dieser Bemerkungen stellt das NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) dar, dessen Kenntnis hier vorausgesetzt werden muß - eine neuere zusammenfassende Darstellung gibt Irene Elkin (1994). Ich werde den englischen Text von Jacobson wiedergeben, und die mir bedeutsam erscheinenden Stellen durch deutsche Zwischentitel und Fetdruck im Text hervorheben.

Date: Sat, 24 Jun 1995 18:19:30 -0700 (PDT)
From: Neil Jacobson <njacob@u.washington.edu>
To: section3 <:sscpnet@bailey.psych.nwu.edu>
Subject: clinical significance, CBT for depression, and possible, rapproachment with Larry Beutler?

¹ N.B. Die Verwendung beider Ausdrücke ist der anglo-amerikanischen Verwendungsweise konträr entgegengesetzt. Allerdings macht Langenscheidt's Großwörterbuch keinen Unterschied zwischen <efficacy> and <effectiveness>. Das englische Wort <Efficiency> zu deutsch <Tüchtigkeit>, als technisch-physikalischer Ausdruck mit Wirkungsgrad, Nutzleistung zu übersetzen, trifft die Wirkung der Anwendung von Psychotherapie im Feld am ehestens.

Dear Colleagues,

I just returned from SPR, where I served as discussant for a panel on the clinical significance of CBT as a treatment for depression. After my remarks, a number of interesting questions and comments were made by colleagues in the audience, notably, Tracie Shea, Ken Howard, and Ellen Frank. The format didn't allow sufficient time for discussion. However, the issues raised by the panel and the comments afterwards are very important ones, and I was reminded about how much room there is for reasonable minds to disagree on the extant literature, and what it means. Delete without reading if you are tired of these issues. But I thought about them for the rest of the day, and think that some of them are of general interest.

Der Nachweis der **Effizienz** im kontrollierten Versuch:

First, it seems clear to me that clinical trials have generally provided optimal tests of the efficacy of CBT and other psychotherapies, and undoubtedly overestimate the value of these treatments as practiced by your typical clinician who is not rigorously trained, monitored, or supervised during the course of a trial.

Der Kompetenz-Drift und das Problem der mangelnden Generalisierbarkeit für naturalistische Situationen, d.h. vom Labor zur Klinik:

*Our research and that of others raises questions about the exportability of CBT as a treatment for depression into naturalistic settings, since **competence seems to drift downward** even among highly experienced therapists who were well-trained to a certain level of competence, unless supervision/calibration remains quite intensive throughout the trial. **Any treatment which requires such intensive supervision, even with highly experienced and well-trained therapists, may not generalize well to typical practitioner settings where there is little training and certainly no supervision.** In fact, in all likelihood most practicing cognitive therapists for depression have at most read the Beck et al. manual, and perhaps attended a didactic workshop.*

Die mangelnde Repräsentativität der kontrollierten Studien (clinical trials)

Second, the results in clinical trials are further skewed by subject selection procedures designed to homogenize the sample and detract from its representativeness to clinical practice. As Ellen Frank and Tracie Shea pointed out at the meeting, this subject selection practice cuts both ways. On the one hand, the single most often used basis for exclusion in depression trials is that subjects are not sufficiently depressed: so subjects treated in clinical trials are in all likelihood MORE depressed than those typically seeking therapy from practitioners. On the other hand, the exclusion of bipolar I and bipolar II patients, patients with dual diagnoses, including current episodes of substance abuse, panic disorder, eating disorders, and the like limit generalizability. But these two opposing processes (selecting for real major depressive disorder while at the same time screening out diagnostic complexity) result in a sample of patients that in some ways are easier to treat, and in other ways are harder to treat.

Das Problem der klinischen Signifikanz

Third, even taking into account the highly select sample of patients selected for these trials, the efficacy of CBT, as well as other available pharmacological and psychosocial treatments, are exceedingly modest from the standpoint of clinical significance. Whether psychosocial treatments, including CBT, exceed rigorously constructed placebos is still very much open to question.

Weiterbildung und klinische Erfahrung

Fourth, and perhaps more importantly, I was challenged to explain an apparent inconsistency from the conclusions of my review with Andy Christensen, showing that neither professional training nor years of therapist experience correlate with outcome, and the argument that competence in CBT appears to drift and may effect outcome without constant intense supervision. Andy and I found that whether one receives a professional degree does not enhance his or her clinical outcomes, on the average. Moreover, given a professional degree, one is just as good as another, on the average. This raises the question of whether doctorally

trained psychologists will, on the average, be better therapists than those with masters degrees, bachelors degrees, or even degrees in geography. This same literature also suggests that being in practice longer does not make one a better therapist, on the average.

Spezielle Schulung und Kompetenz

*However, it is entirely possible that, despite these conclusions, **clinical outcome WILL be enhanced for specific problems with training in specific skills.** We do not know that for sure: for example, it could be that no matter how much a therapist "looks like" a good cognitive therapist, outcomes will not be effected. These questions remain to be tested, and **current scales designed to measure competence, such as they are, do not seem to be correlated with outcome.** But it is possible that training and supervision in specific skills does effect clinical outcome for particular problems, even though, on the average, neither professional training nor years of experience matter. Until this possibility is eliminated, it is incumbent upon investigators to ensure that therapists "look like" competent cognitive therapists, to the extent that these behaviors have been operationalized.*

Statistische und Klinische Signifikanz

*Finally, Ken Howard thought that my pessimism about CBT for depression was unwarranted, cognitive behavior therapist that he is. He alluded to the overwhelming evidence that psychotherapy is effective, presumably referring to meta-analyses such as the one by Smith, Glass, and Miller. But he was talking about apples, and I was talking about oranges. He was talking about the average size of a statistical effect summed across hundreds of studies, mostly done with mildly disturbed patients, showing that psychotherapy is better than nothing. His apple is irrelevant to my orange. For one thing, **the size of a statistical effect has nothing to do with its clinical significance.***

Psychotherapie und Placebo oder die unendliche Geschichte der common factors

*But more importantly, those meta-analyses tell us nothing about CBT or any other psychosocial treatment for depression. In fact, if one wants to play meta-analytic baseball, you need go no further than the Robinson et al. meta-analytic review of psychotherapy for depression, which shows that **psychotherapies have not been shown to outperform placebos**. To the extent that they show effects, they are not specific to unique aspects of technique or strategy within a form of therapy but rather nonspecific effects that may be nothing more than the person in the white coat listening in a caring way, making pronouncements consistent with one's theoretical convictions, with an involved client who wants to believe in psychotherapy, and has every reason to be involved in the process.*

Pharmakotherapie und Placebo

*Finally, I should note that everything I am saying about **psychotherapy** could be applied to pharmacotherapy, except the part about **not exceeding placebo-which many antidepressants clearly do**. Thus, in a recent paper Steve Hollon and I question the conclusion that pharmacotherapy is more effective than CBT because it performed better in the NIMH Collaborative study. I doubt whether in the long run drugs work any better than psychotherapy, but since they are cheaper, the burden of proof is on us, the psychotherapists.*

Neil S. Jacobson, Ph.D.

University of Washington
Center for Clinical Research
Department of Psychology
Fax: 206 685-3293
Phone: 206 543-9871

Dieser Brief enthält Stoff zum Nachdenken, gewiss; jedenfalls auch Anregungen um die Diskussionen fachlich qualifizierter zu machen. Deshalb greife ich nochmals die am Eingang des Briefes gemachte Bemerkung Jacobsons aus: *how much room there is for reasonable minds to disagree on the extant literature, and what it means*. Wenn die Unterscheidung von kontrollierten Studien und deren Reichweite und Feldstudien als Beobachtung der Routineanwendung zu unserem Handwerkszeug gehören würde, wären wir in der Auseinandersetzung mit den

Ergebnissen der Therapieforschung weiter (Kächele u. Kordy 1992, 1995), - ein klinisch hoch relevanter Unterschied, der bei Grawe et al. nicht ausreichend diskutiert wird.

Morris Parloff - einer der Initiatoren der vom NIMH geförderten Therapieforschung - gab auf dem ersten europäischen Kongress der Society for Psychotherapy Research 1981 in einem kritischen Rück - und Überblick eine programmatische Liste von Fragen und Empfehlungen für die Psychotherapieforschung der 80er Jahre, von denen Kächele & Kordy (1992) drei genannt haben:

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. Die PTF 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.(nach Parloff 1983)

10 Jahre später haben zwei andere Psychotherapieforscher, die selber die letzten 30 Jahre stark beeinflußt haben, die Geschichte der Psychotherapieforschung nachgezeichnet und daraus einige Empfehlungen für die kommenden Jahre abgeleitet. Strupp (Vanderbilt University) und Howard (Northwestern University) beurteilen wie Parloff die Entwicklung von Psychotherapie und Psychotherapieforschung insgesamt positiv. Die Sorgfalt ihrer Suche nach den Lücken, den Begrenzungen und den offenen Fragen der empirischen Psychotherapieforschung korrespondiert mit ihrer Achtung vor dem Erreichten: Wenn Fortschritt in der Wissenschaft bedeutet, dass man zunehmend seines Nichtwissens bewusst wird und dies zugleich die Fähigkeit vergrößert, sinnvolle Fragen zu stellen, dann hat die Psychotherapieforschung bedeutsame Fortschritte

zu verzeichnen. Die gegenwärtig aktuellen Probleme beziehen sich weniger auf Fragen, was man tun sollte als auf die Logistik wie etwas getan werden sollte (Strupp & Howard 1992).

Eine solche selbstbewußte und nach vorne gerichtete kritische Sicht wird dadurch leichter, dass nicht mehr die Kategorien von "richtig" und "falsch" die Diskussion leiten, sondern Psychotherapieforschung als dynamischer Prozeß gesehen wird, die sich in Brüchen und mit Spannung entwickelt:

"Die Geschichte des Faches wurde durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren bestimmt. Einer davon ist die beständige Weiterentwicklung von psychotherapeutischen Interventionsformen und die wissenschaftliche Notwendigkeit die relative Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze zu demonstrieren. Darüber hinaus wurden neue sozialwissenschaftliche Methodologien und statistische Techniken entwickelt, die für die speziellen psychotherapeutischen Fragestellungen geeignet waren" (Strupp & Howard 1992).

Diese Dynamik ist vorteilhaft für die Entwicklung des Feldes und sollte nicht durch methodologische Vorschriften oder ideologische Voreingenommenheit blockiert werden: Das Feld der Psychotherapieforschung wird durch eine gesunde Spannung zwischen entdeckungs-orientierter und bestätigung-suchender Forschungsmethodologie bestimmt. Nur so wird zukünftige Forschung präzisere Antworten auf die Frage liefern können, was Psychotherapie für bestimmte Patienten zu welchen Kosten und in welchem Zeitraum leisten kann.

Die hier formulierte inhaltliche Schwerpunktsetzung resultiert aus dem zunehmenden Bewußtsein des besonderen Charakters von Psychotherapie im gesellschaftlichen Kontext und der damit verbundenen Verpflichtung. In Anerkennung dieser Verpflichtung plädieren Strupp & Howard dafür, das Laboratorium der randomisierten Studien mit oft einschneidenden Selektionskriterien zu verlassen, um mehr alltagsweltliche, naturalistische Studien durchzuführen.

"Um die Forschung für die Kliniker relevanter zu machen, müssen wir unsere Ergebnisse so aufbereiten, dass wir auf einzelne Patienten Parameter fokussieren können, seien es Individuen oder klinisch sinnvolle Untergruppen. Kein Kliniker wird sich davon überzeugen lassen, dass eine bestimmte Behandlung für alle

Patienten überzeugende Haupteffekte zeigt. Denn ein nicht geringer Anteil der klinischen Arbeit besteht ja gerade darin, Entscheidungen über die angemessene Intervention für einen bestimmten Patienten zu treffen" (Strupp & Howard 1992).

Aus diesem Grunde erscheinen mir die Jacobson'schen Kritikpunkte ein vehementes Plädoyer für eine notwendige Ergänzung der Effektivitätsforschung um die von Linden (1987) folgendermassen gekennzeichnete Effizienzforschung zu sein: "Alle wissenschaftlichen Bemühungen, die darauf abzielen, die Kenntnis über ein bestimmtes Therapieverfahren unter den Bedingungen der Routineanwendung zu vermehren, können unter die Phase IV eingeordnet werden."(Linden, 1987, S. 22f.).

Linden nennt 4 Schwerpunkte für die Phase-IV-Forschung:

1. Untersuchung der Durchführbarkeit eines Behandlungsverfahrens: Ein Therapieverfahren mag unter in bestimmter Weise optimierten "Labor"-Bedingungen durchaus sehr effektiv sein, wenn es sich aber unter Routinebedingungen nicht durchführen läßt, ist es letztlich für den eigentlichen Zweck, nämlich die Behandlung kranker Menschen, nicht brauchbar. So gehört es zu den wichtigen Zielen der Phase-IV-Forschung, die Bedingungen für einen erfolgreichen Einsatz eines Behandlungsverfahrens sowohl auf PatientInnen- (Art und Ausprägung der Symptomatik, Persönlichkeits- und soziale Umgebungsfaktoren, Compliance-Faktoren etc.) als auch auf Behandlerseite (Behandlungskapazitäten, Aufnahme- und Behandlungsmodi, Ausstattung, Ausbildung der Therapeuten etc.) differenziert zu untersuchen.
2. Untersuchung der Therapiedurchführung: Ausdrücklich nennt Linden (1987, S. 24) hier Untersuchungen zur Dosierung unter Routinebedingungen als wichtige Aufgabe der Phase-IV-Forschung.
3. Untersuchung der Wirkungen und Nebenwirkungen: Die experimentelle Überprüfung der Wirksamkeit einer Behandlung findet unter bestimmten kontrollierten Randbedingungen statt. So werden beispielsweise in der Regel Risikopatienten ausgeschlossen oder Langzeitwirkungen können wegen der begrenzten Beobachtungszeit nicht erfaßt werden. Die Untersuchung des Einflusses solcher Aspekte "bedeutet letztlich die Sicherung, die Eingrenzung,

aber auch die Ausweitung vorgegebener Therapieindikationen." (Linden, 1987, S. 24).

4. Versorgungsepidemiologie: Hier geht es um die Frage, von welchen Bedingungen es abhängt, welche Art von Therapie PatientInnen angeboten und/oder von ihnen angenommen wird.

Die von der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart initiierte Studie zur "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen" (Kächele 1992) stellt ein Beispiel dar, wie einige dieser Forschungsfragen - im Unterschied zu kontrollierten Studien (Phase III) - bei Feldstudien (Phase IV) beantwortet werden können.

Inwieweit die von Grawe et al (1994) beschriebene Befundlage ihr "Äquivalent in der gegenwärtigen psychotherapeutischen (Versorgungs-) Wirklichkeit" hat - um seine jüngste Stellungnahme aufzugreifen (Grawe 1995, S.217), wird m.E. nur durch Anwendungsbeobachtungen erweisen, bei denen die von Jacobson herausgestellten Kritikpunkte nicht nur für das TDCRP relevant sein werden.

Literatur

Baumann U, Reinecker-Hecht C (1986) Psychotherapie-Evaluation. In: Kisker Kp, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömngren E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen Psychotherapie, Springer, Berlin Heidelberg New York , S 353-372

Elkin I. (1994) The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: Bergin A., Garfield S. (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, S 114-139

Grawe K. (1995) Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession. Zeitschrift für Klinische Psychologie 24:216-228

Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe- Verlag für Psychologie, Göttingen

Kächele H.(Hrg) (1992) Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". PPMp DiskJournal 3:1

- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 63:517-526
- Linden M (1987) Phase-IV-Forschung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Parloff M (1983) Contributions and limits of psychotherapy research. In: Minsel R & Herff W (Eds) *Methodology in Psychotherapy Research*. Peter Lang, Frankfurt, Vol. 1
- Strupp H, Howard K (1992) A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim D (Eds) *A History of Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, DC,
- Wittmann WW (1984) Die Evaluation von Behandlungs- und Versorgungskonzepten. In: Baumann U (Hrsg) *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*, Verlag für Psychologie-Dr Hogrefe, Göttingen , S.87-107