

Die Psychotherapie-Debatte

Zusammenfassung:

Das Werk „Die Psychotherapie-Debatte“ von Wampold, Imel und Flückiger¹ bietet einen Überblick der aktuellen Psychotherapieforschung. Fragen werden gestellt wie jene nach der Wirksamkeit von Psychotherapie und jene nach der Effektivität eines bestimmten therapeutischen Verfahrens im Verhältnis zu anderen Verfahren. Dem herkömmlichen Medizinischen Metamodell der Psychotherapieforschung wird das neue Kontextuelle Metamodell der Therapieforschung gegenübergestellt. Die zentrale These der Arbeit lautet, dass zum Nachteil eines wirklichen Verständnisses dessen, wodurch Psychotherapie wirksam wird, mehrere wichtige Aspekte derselben bisher in der Psychotherapieforschung vernachlässigt worden sind.

Das umfangreiche Buch sollten m. E. nicht zuletzt GesprächspsychotherapeutInnen zur Kenntnis nehmen, weil es hinsichtlich einer definitiven Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie zu verdeutlichen vermag, welches Potenzial in diesem Verfahren auch aus der Sicht der modernen Therapieforschung steckt. Das Werk besteht aus neun Kapiteln, die im Folgenden zusammengefasst werden. Nach der komprimierten inhaltlichen Darstellung erfolgt eine kurze Diskussion dieser bahnbrechenden Arbeit der Autoren.

1. Die Geschichte der Medizin, der Methoden und der Psychotherapie

Das *Medizinische Metamodell* war bisher hinsichtlich der psychotherapeutischen wie der medizinischen Forschung von zentraler Bedeutung. Dieses Metamodell geht erstens von einer Krankheit aus, versucht sie zweitens biologisch zu erklären, nimmt drittens einen diesbezüglichen Veränderungsmechanismus an, gelangt viertens zu entsprechenden therapeutischen Maßnahmen, mit denen fünftens die körperliche Krankheit (resp. die psychische Störung) in einem spezifischen Sinne beseitigt, gemildert oder verkürzt wird. In Bezug auf psychische Störungen wird die rein biologische Erklärung durch eine psychologische Erklärung ergänzt, die indes meistens i. S. einer Korrespondenz mit der biologischen angenommen wird (vgl. S. 55).

Im Verlaufe der Geschichte der Psychotherapieforschung er-

folgte ein Übergang von der introspektiven Beobachtung zur *Fremdbeobachtung*. Mit derselben wird das therapeutische Geschehen als objektiv von außen erfassbarer Gegenstand verstanden. Als wissenschaftlich korrekt wurden schließlich nurmehr Untersuchungen betrachtet, bei denen die Versuchspersonen mindestens zwei Vergleichsgruppen, einer Versuchsgruppe und einer Kontrollgruppe zufällig zugeteilt wurden, damit der effektive Einfluss der Intervention (Medikament bzw. therapeutisches Verfahren) bei der Versuchsgruppe in Abhebung von den gleichzeitigen Veränderungen in der Kontrollgruppe bestimmt werden konnte.

Untersuchungen, die in dieser Weise durchgeführt wurden, werden als randomisierte kontrollierte Studien bezeichnet. Bei diesen RCT-Studien begann man in der medizinischen Forschung ab den späten 1930er-Jahren *doppelblinde Placebostudien* durchzuführen. Aufgrund des Medizinischen Metamodells sollten mögliche Störeinflüsse durch psychische Faktoren als Placeboeffekte ausgeschlossen werden. Eine solche Verblindung ist indes in Psychotherapiestudien nicht möglich, da zumindest der Therapeut oder die Therapeutin Kenntnis davon hat, was die Behandlung beinhaltet und auch die Patientinnen hierüber unterrichtet werden sollten.

In der *psychologischen* Therapieforschung werden professionelle Psychotherapien (sog. bona-fide-Therapien) oft mit „Wartelistekontrollgruppen“ oder auch mit „alternativen Behandlungen“ verglichen, bei denen es sich meistens um „treatment-as-usual-Vorgehensweisen“ oder „supportive Therapien“ handelt. Das sind Behandlungsgruppen, die nicht voll und ganz therapeutisch angelegt werden. Diese sogenannten *Pseudo-Placebo-Behandlungen* werden auch als „zum Scheitern verurteilte Behandlungen“ betrachtet, die als solche mithin den „Erfolg“ der bona-fide-Therapie begünstigen (s. u.).

Wenn die Untersuchung der Psychotherapie im Medizinischen Metamodell verankert wird, führt dies nach Ansicht der Autoren im psychischen Bereich der Therapie bzw. der Psychotherapie u. a. zu einer „Vernachlässigung der Kultur und des *menschlichen* Kontextes“ (S.60). Demgegenüber stellt das in „Die Psychotherapie-Debatte“ vorgestellte *Kontextuelle Metamodell* erst richtig die Grundannahmen der Psychotherapie sowie weiterer sozial- und kulturwissenschaftlicher Bereiche ins Zentrum möglicher Theorienbildung.

1 Bruce E. Wampold, Zac E. Imel, Christoph Flückiger* (2018): Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co., Göttingen. 394 Seiten. ISBN 978-3-456-85681-0. 39,95 EUR.

Die Autoren der englischsprachigen Ausgabe „The Great Psychotherapy Debate“, Bruce Wampold und Zac Imel, sind Vertreter der Schools of Education, die in den USA neben den Schools of Medicine und den Departments of Psychology in der Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle spielen, indessen im deutschsprachigen Raum bisher noch wenig zur Kenntnis genommen wurden. Auf Grundlage der Arbeit von Prof. Dr. Bruce E. Wampold, PhD, ABPP, emeritierter Professor für Counseling Psychology an der Universität von Wisconsin-Madison und Direktor des Forschungsinstituts des Psychiatrischen Zentrums Modum Bad in Vikersund, Norwegen, und Prof. Dr. Zac E. Imel, PhD, Assistenzprofessor für Counseling Psychology des Instituts für Pädagogische Psychologie am Institut für Psychiatrie der Universität von Utah, erstellte Prof. Dr. Christoph Flückiger, Dr. phil., MAS-PT, der als SNF-Professor für Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie an der Universität Zürich wirkt, eine umfangreiche Adaptation des Originalwerkes für den deutschsprachigen Raum, in dem auch die neuesten Befunde der Psychotherapieforschung berücksichtigt werden.

2. Das Kontextuelle Metamodell

Das aktuelle metapsychologische Modell geht davon aus, dass der Nutzen der Psychotherapie durch *soziale* Informationsverarbeitungsprozesse und damit verbundenes *persönliches* Engagement der Beteiligten entsteht. „Interaktions- und Kommunikationsprozesse [sind] die Grundlage der Wirksamkeit der Psychotherapie“ (S. 84). Dieses Kontextuelle Metamodell schlägt im Wesentlichen auf drei Pfaden vorankommende allgemeine, d. h. in jeder Psychotherapie vorkommende *Wirkmechanismen* vor, um die Veränderungen in einer Psychotherapie zu erklären: 1. echte Beziehung, 2. Erwartungen und 3. Behandlungsdurchführung.

Beziehung: Dem Kontextuellen Metamodell gemäß beruht die therapeutische Beziehung auf Aufrichtigkeit; das heißt, es handelt sich um eine „echte Beziehung“, was bedeutet, „die Fähigkeit und die Bereitschaft zu haben, authentisch, offen und ehrlich zu sein“ (S. 91). Demnach konstituiert von Anfang an eine fürsorgliche, empathische und sich natürlich verhaltende TherapeutIn für die Allianz (Bündnis; Verbindung) mit der PatientIn. Dies ermöglicht schon frühzeitig eine Remoralisierung der hilfesuchenden Person, humane Interaktion und schließlich eine vertrauensvolle, persönlich erlebte und einander zugewandte Beziehung der GesprächspartnerInnen. Ansonsten verbleibt die hilfesuchende Person in ihrer Isolation, was sich als „ein bedeutsamer Risikofaktor für die Mortalitätsrate“ herausgestellt hat (vgl. S. 269).

Erwartungen: Mit der sich entwickelnden Allianz erfolgt eine Erwartungsinduktion, von der angenommen wird, dass sie relevant hinsichtlich des therapeutischen Erfolgs ist. Wenn die helfende Person nicht nur selbst an die eigene therapeutische Vorgehensweise glaubt (s. u.), sondern zu Beginn der Therapie auch die Wirkungsweise des in Aussicht gestellten therapeutischen Verfahrens so der hilfesuchenden Person zu erklären vermag, dass dieses Verfahren ihr auch in ihrem eigenen (sub-)kulturellen Kontext als sinnvoll erscheint, werden weiterführende Hoffnungen geweckt. Die PatientInnen gewinnen die Zuversicht, dass sich ihr Engagement in der Therapie als nützlich erweisen wird (vgl. S. 93).

Behandlungsdurchführung: Das Kontextuelle Metamodell erkennt wie das Medizinische Metamodell die Bedeutung des Einsatzes von „spezifischen Faktoren“ bzw. von besonderen Komponenten bestimmter psychotherapeutischer Verfahren an (s. hierzu auch Kap. 8), doch aus einem anderen Grund als das medizinische Modell: „Statt ein gesondertes Defizit vorauszusetzen, welches durch eine bestimmte Komponente geheilt wird, erklärt das Kontextuelle Metamodell, dass die spezifischen Bestandteile aller Therapien den Patienten veranlassen, etwas allgemein Heilsames zu tun“ (S. 94). Die vereinbarte Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen (s. o.; Allianz) führt nach dem von den Autoren vorgestellten neuen Metamodell zu wünschenswerten und damit an sich schon gesundheitsfördernden Veränderungen.

3. Kontextuelles Metamodell versus Medizinisches Metamodell

Die Autoren beziehen sich in wissenschaftstheoretischer Hinsicht auf Lakatos (1974), der in seiner Arbeit „Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes“ in der Tradition des *Kritischen Rationalismus* eine Vertiefung der methodologischen Falsifikationstheorie Poppers (1934/1989) im Lichte von Kuhns (1962/2012) Verständnis der „Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ vorschlug. Demnach wird nicht länger i. S. eines „Zweikampfes“ zwischen Theorie und Experiment eine einzige Theorie vorläufig bestätigt oder falsifiziert, sondern die Überprüfung ist mindestens ein „Dreikampf“ zwischen rivalisierenden explanatorischen Theorien und Befunden von Experimenten, die i. S. einer interpretativen Theorie betrachtet werden.

Um den Aspekt der Kontinuität der Wissenschaft zu erfassen, kommt an die Stelle einer vereinzelt Theorie als methodologische Einheit das *Forschungsprogramm*, bestehend aus Theorien und methodologischen Regeln, die Wege der Forschung beschreiben; einerseits solche, die man vermeiden (negative Heuristik) und andererseits solche, denen man folgen soll (positive Heuristik). Die Kontinuität des Programms konstituiert sich aus einem gemeinsamen (bisher) unwiderlegten „harten Kern“ und einer Folge von *Theorien*, die miteinander verknüpft werden. Der Forschungsprozess wird demnach letztlich durch die Inkonsistenz von Theorien vorangetragen (vgl. Lakatos, 1974, S. 127). Eine bestehende Theorie wird zurückgewiesen, wenn eine neue Theorie an ihre Stelle tritt, welche die Erfolge des alten theoretischen Verständnisses erklärt und darüber hinaus überraschende neue Sachverhalte prognostiziert. Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung die Autoren des vorliegenden Buches den Theorien beimessen (s. Diskussion).

Der sogenannte *raffinierte Falsifikationismus* im Sinne von Lakatos erlaubt die Ersetzung von Momenten der Wissenschaft nur unter der Voraussetzung, dass die Substitution sich *fortschrittlich* auswirkt, indem neue Sachverhalte prognostiziert und auch schon bisher unbekannte Tatsachen als solche realisiert werden können. Das progressive Forschungsprogramm setzt sich vom bisherigen Forschungsprogramm ab, in dem zunehmend degenerative Problemverschiebungen notwendig werden. Die Einführung von Ad-hoc-Zusatzhypothesen – in einem früheren Stadium des Programms oft durchaus sinnvoll – wird in diesem Fall im Nachhinein als Immunisierung betrachtet (vgl. hierzu auch Gadenne, 1984).

Wampold, Imel und Flückiger verstehen das Medizinische Metamodell als überkommenes Forschungsprogramm und das Kontextuelle Metamodell als *progressives Forschungsprogramm*, das als alternatives Programm dem medizinischen gegenübergestellt wird. „Während das Medizinische Metamodell voraussagt, dass einige Behandlungen wirksamer als andere sind, behauptet das Kontextuelle Metamodell, dass „alle Behandlungen gleicherma-

ßen wirksam sind“ (vgl. S. 118); dies unter der Voraussetzung, sie beinhalten alle Elemente der im zweiten Kapitel behandelten drei Wirkmechanismen (s. o.). Während gemäß dem Medizinischen Metamodell zwar die Hilfsaussage über Adhärenz (d. h. dem Ausmaß, wie dem Behandlungsmanual gefolgt wird; Behandlungsintegritätsgrad) notwendig für die Durchführung von validen Untersuchungen und die Interpretation der Beobachtungen ist, legt das Kontextuelle Metamodell den Schwerpunkt auf die *Person* der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (s. Kap. 6). In diesem Metamodell wirkt sich die Loyalität der therapeutischen Person zu ihrem therapeutischen Verfahren (bzw. die *Allegiance*) in ähnlicher Weise aus wie beim Medizinischen Metamodell die Adhärenz (s. o.). „Das Kontextuelle Metamodell legt den Schwerpunkt auf die Person des Therapeuten und sagt voraus, dass die Therapie effektiver sein wird, wenn sie von Therapeuten durchgeführt wird, die an die Wirksamkeit der Behandlung glauben“ (S. 119).

Mit dem Kontextuellen Metamodell wird i. U. zum Medizinischen Metamodell behauptet, dass *allgemeine Interdependenzen bzw. Beziehungsfaktoren* einen Großteil der Variabilität des Therapieerfolgs am Ende der Therapie bedingen (s. u.). Ebenfalls angenommen wird, dass der Therapieerfolg u. a. davon abhängt, ob das therapeutische Vorgehen den kulturellen Überzeugungen des Patienten angepasst ist. Das steht im Gegensatz zum Medizinischen Metamodell, welches „davon ausgeht, dass es ausreicht, das einer Störung, die als kulturell invariant gilt, zugrundeliegende psychologische Defizit anzugehen, damit die Behandlung wirksam sein wird“ (S. 119).

4. Absolute Wirksamkeit

Die absolute Wirksamkeit von Psychotherapie bezieht sich auf die Auswirkung einer psychotherapeutischen *Behandlung gegenüber einer Nichtbehandlung*. In einem prototypischen Design zum Test von Effektivität werden Personen aus der Population ausgewählt (nicht-zufällige Stichprobe) und randomisiert (d. h. zufällig) einer von zwei Gruppen zugewiesen: einer Behandlungsgruppe und einer nicht behandelten Kontrollgruppe. Bei der Auswertung darf somit *nicht* auf Personen geschlossen werden, die keiner der beiden Gruppen angehörten (vgl. Bredenkamp, 1972). Nach Wampold, Imel und Flückiger entspricht die „Kontrollgruppe [...] oft einer sogenannten Wartelistenkontrollgruppe, bei der den Patienten die Behandlung zum Ende der Studie offensteht (unter der Annahme, dass sich die Behandlung als wirksam erweist)“ (S. 123).

Seit Eysenck (1952) diskutierte man in der Psychologie, ob die Psychotherapie Ergebnisse lieferte, die besser sind als die Rate der Spontanremission. Die Autoren des vorliegenden Buches sind der Ansicht, dass der Diskurs hierüber mit der Einführung von *Metaanalysen* von Einzelstudien sich qualitativ verbesserte. Metaanalysen sind den Einzelstudien nachgeordnete Auflösungen i. S. einer systematischen Untersuchung eines Gegenstands durch

Bestimmung der Einzelteile. Es handelt sich um Sekundärstudien, mit denen unter Beizug statischer Verfahren Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Primärstudien zu einem bestimmten Thema integriert werden.

Metastudien werden in der Psychotherapieforschung meistens zur *summarischen Zusammenfassung* von empirischen Wirksamkeitsevaluationen von therapeutischen Interventionen (RCT-Studien) eingesetzt. Die Autoren weisen darauf hin, dass der entscheidende Schritt bei einer Metaanalyse darin besteht, die Effekte von Primärstudien mit der gleichen Hypothese zu aggregieren. „Wenn es zehn Studien gibt, die die Wirksamkeit der Behandlungen für eine bestimmte Störung untersuchen, so können die Effekte aus jeder Studie gemittelt und so zu einem Gesamteffekt zusammengerechnet werden, um eine Schätzung des Behandlungseffekts abzugeben, die präziser ist (d. h. einen kleineren Standardfehler der Schätzung hat) als die von einer einzelnen Studie gelieferte Schätzungen“ (S. 110).

Aufgrund der bisher durchgeführten Metaanalysen gelangen Wampold, Imel und Flückiger zum Schluss, dass die *Gesamteffektstärke* der absoluten Wirksamkeit von Psychotherapien bemerkenswert konsistent ist. Den Autoren zufolge kommt Psychotherapie für ca. 14 Prozent der Varianz in den Ergebnissen auf. Das heißt: „Von drei Patienten in psychotherapeutischer Behandlung [wird] einer am Ende ein besseres Ergebnis haben [...], als wenn keine Psychotherapie stattfände. Einfach gesagt, ist die Psychotherapie bemerkenswert wirkungsvoll“ (S. 136). Allerdings wäre auch die Interpretation nicht von der Hand zu weisen, dass die Hypothese therapeutischer Wirksamkeit eine *unvollständige* Hypothese ist (vgl. u.a. Gadenne, 1984). Offenbar sind die bekannten psychotherapeutischen Bedingungen nicht hinreichend für eine Verbesserung des Befindens eines Patienten oder einer Patientin. Offensichtlich hängt dieselbe *größtenteils* von weiteren Einflussgrößen ab, die bisher noch nicht in die Untersuchungen einbezogen wurden.

Man kann annehmen, dass sich „Psychotherapie“ von „alltäglicher Kommunikation“ unterscheidet (s. auch Diskussion). Dies nicht zuletzt auch durch ihre äußeren Bestimmungen. Therapie findet in einem *geschützten Rahmen* statt (u. a. Schweigepflicht). Tatsächlich ist die hilfeschuchende Person in der Psychotherapie in der Lage, über schwierige Dinge ohne die Gefahr zu sprechen, dass die GesprächspartnerIn die Beziehung beendet. In psychotherapeutischen Interaktionen sind Verbalisierungen von Intimitäten und anderen Tabuzonen möglich, wenngleich auch nicht immer unproblematisch. Übereinstimmend mit der Definition der Psychotherapie (s. im vorliegenden Buch, S. 68) beinhaltet dieselbe eine Erklärung des psychischen Leidens des Patienten oder der Patientin, eine Vorgehensweise, die im Einklang mit dieser Erklärung steht, eine Vereinbarung über Ziele der Therapie sowie die Teilnahme der PatientInnen an therapeutischen Aufgaben, die diesen Zielen entsprechen. Die in der Therapiefor schung vorgesehenen Kontrollgruppen sollen diese Bestimmungen einer bona-fide-Therapie i. d. R. *nicht* erfüllen, selbst

wenn es sich bei den Vergleichsgruppen um Verfahren handelt, die der ursprünglichen nicht-direktiven Vorgehensweise Rogers (1942/1989) manchmal recht nahekommen. „Es ist nicht verwunderlich, dass in diesem Fall Behandlungen mit stichhaltigen Grundprinzipien und therapeutischen Maßnahmen meistens Behandlungen übertreffen, die keine Struktur besitzen und keine Gründe für ihre Wirksamkeit liefern können, die der Patient als Erklärung akzeptieren könnte“ (S. 328).

5. Relative Wirksamkeit

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieansätze miteinander verglichen und relativ zueinander bestimmt werden. In Einzel- oder Primärstudien wurden häufig die Verhaltenstherapie (VT) und/oder die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder vielmehr einzelne Methoden der [K]VT anderen therapeutischen Verfahren wie der Psychoanalyse (PA), der Gesprächspsychotherapie (GPT) oder auch der Familientherapie, wenngleich selten i. S. der eigentlichen Systemischen Therapie (ST), bzw. reduzierten Vorgehensweisen und Methoden dieser therapeutischen Verfahren gegenübergestellt. Im Prinzip sind solche *Wirksamkeitsvergleichsstudien* wie das Kontrollgruppendesign aufgebaut (siehe RCT-Studien in Kap. 1); sie unterscheiden sich indes darin, dass nicht eine Behandlung (z.B. KVT) einer Kontrollgruppe gegenübergestellt wird, sondern mindestens zwei bona-fide-Therapien (z.B. VT und eine Kurztherapie aus dem Bereich der PA) oder auch zwei Therapiearten innerhalb der Gruppe der Familientherapien miteinander verglichen werden.

Die relative Wirksamkeit wurde *metaanalytisch* untersucht. Damit wurden unfaire Vergleiche nicht länger unkritisch in die Analyse einbezogen. Mögliche Wirkungen der Loyalität bzw. *Alligance-Effekte* von TherapeutInnen sowie von ForscherInnen, die mit Behandlungseffekten konfundiert sein könnten, wurden in den Metaanalysen berücksichtigt. Diese Effekte variieren oftmals über verschiedene Studien hinweg, so dass sie als solche untersucht werden können. Mittlerweile liegen einige Metaanalysen aus verschiedenen Bereichen der Therapieforschung vor, mit denen die Allegiance-Effekte sichtbar gemacht werden konnten. Es stellte sich mitunter heraus, dass [K]VT-ForscherInnen Therapeuten-Allegiance weniger kontrollierten als ForscherInnen anderer theoretischer Orientierungen (vgl. u.a. Falkenström, Granström & Holmqvist, 2013). Wampold, Imel und Flückiger stellen fest: „Wenn Allegiance kontrolliert wurde, verschwanden alle Unterschiede zwischen den Behandlungen“ (S. 186).

Mit Hilfe dieser Metaanalysen sowie von *Reanalysen* derselben wurde das wiederkehrende Muster repliziert, dass systematische Wirksamkeitsunterschiede zwischen einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsformen im Vergleich zu deren allgemeiner Wirksamkeit minimal sind und insgesamt die Nullhypothese *nicht* widerlegen (vgl. u. a. Wampold et al., 1997). Dagegen wurde u.a. eingewendet, dass signifikante Differenzen

zwischen den verschiedenen therapeutischen Verfahren nur bei *schweren* Störungen offensichtlich werden könnten (meistens finden sich bei den an Universitäten zu Forschungszwecken durchgeführten Therapien nur PatientInnen mit *leichten* Störungen). Doch Wampold, Imel und Flückiger weisen darauf hin, dass bei einer Sekundäranalyse, in der die Daten auf (relativ) schwere Störungen beschränkt waren, „das Ergebnis der äquivalenten Wirksamkeit dennoch erhalten blieb“ (S. 204).

Dieses Ergebnis wurde insbesondere bezüglich der Subpopulation von Behandlungen für *Depression* generalisiert: „In Anbetracht der aktuellen Evidenz verschiedener Psychotherapien gegen Depression scheint die Schlussfolgerung nahe, dass *keine* Psychotherapie einer anderen bona fide durchgeführten Psychotherapie überlegen ist. Die angeführten Metaanalysen zeigen, dass im Allgemeinen kognitive Therapien und ‚andere Therapien‘ statistisch unbedeutende Unterschiede aufweisen, obwohl in einigen Fällen die Nullergebnisse erst nach Kontrolle der Allegiance erschienen“ (S. 190; Hervorhebung von M.G.). Ähnliche Ergebnisse können in Bezug auf weitere Störungen (u.a. *Panikstörungen* und *Zwangsstörungen*) dokumentiert werden.

Den Autoren zufolge besteht bei den sogenannten evidenzbasierten Studien kaum Evidenz dafür, dass die [K]VT wirksamer ist als die Überkategorie der nach bestem Wissen und Gewissen situationsangepassten, professionell durchgeführten bona-fide-Psychotherapien. Für dieselben zeigen die statistisch gesehen fehlenden Differenzen zwischen den verschiedenen therapeutischen Verfahren hinsichtlich des Therapieerfolgs sowie das Phänomen der allgemeinen Wirksamkeit der Psychotherapie (s. Kap. 4) auf, „dass sich die anhaltenden empirischen Befunde der Psychotherapieforschung in der Logik des medizinischen Metamodells nur unzureichend abbilden und erklären lassen“ (S. 206). Allerdings müssten schon auf der Ebene der RCT-Studien fehlende Differenzen nachgewiesen werden, was eine Vorgehensweise erfordern würde, die eine Annahme der Nullhypothese ermöglicht (vgl. u.a. Bredenkamp, 1972).

6. Therapeuteneffekte

Es ist kein Geheimnis, dass es einige PsychotherapeutInnen gibt, die gute Therapien machen, während andere ihren PatientInnen wenig helfen können. Letzteres kann u. a. zu *Therapieabbrüchen* führen, die bisher in der Therapieforschung zu wenig berücksichtigt wurden. Mit dem traditionellen Medizinischen Metamodell wurde unterstellt, dass die Komponenten bestimmter therapeutischer Verfahren besser sind als andere bzw. dass die Variabilität zwischen besonderen Behandlungen entscheidend ist, während die Varianz zwischen den Therapeuten als vernachlässigbar betrachtet wurde. Demgegenüber wird nun mit dem Kontextuellen Metamodell angenommen, dass die Variabilität unter TherapeutInnen im Vergleich zur Variabilität zwischen besonderen therapeutischen Interventionen relativ groß sein wird. Das würde heißen: „Ein kompetenter Therapeut wird relativ unabhängig

von der spezifischen Technik aner kennenswerte Therapieergebnisse erzielen“ (S. 210).

In den meisten RCT-Studien wurden indes statistische Verfahren verwendet, in welchen die Behandlungs- und Behandler-effekte *nicht* getrennt bzw. die Effekte, die durch die Therapeu-tInnen bedingt sind, bei der Interpretation der Daten ignoriert wurden. Demnach stellt sich die Frage, wie viele der bislang behaupteten *Behandlungsunterschiede* überhaupt replizierbar sind (s. Kap. 5). Die Autoren empfehlen, Designs zu verwenden, in denen die PsychotherapeutInnen innerhalb der Wirkungsvergleiche geschachtelt oder gekreuzt sind (vgl. S. 217 ff.).

Anfang der 1990er Jahre gab es die ersten Versuche, die Größe der *Therapeuteneffekte* zu schätzen, indem Daten primärer Studien in Bezug hierauf erneut analysiert wurden. In einer Metaanalyse von 15 zuvor veröffentlichten Studien wurden gegen 9 Prozent der Variabilität in den Ergebnissen auf die Therapeuten zurückgeführt (Crits-Christoph et al., 1991); in einer neueren Metaanalyse von 46 Studien mit 1281 Therapeuten und 14.519 Patienten waren es 5 Prozent der Variabilität, wobei die Effekte in naturalistischen Settings (17 Studien) bei 7 Prozent und in mehr künstlichen klinischen Studien (29 Studien) bei 3 Prozent lagen (Baldwin & Imel, 2013). Wampold, Imel und Flückiger erweisen darauf hin, dass durch die bisherige Vernachlässigung der Therapeuteneffekte die Schätzungen der Behandlungseffekte massiv überschätzt worden sind. Ihrer Ansicht nach ist die Berücksichtigung der einzelnen TherapeutInnen für die Schätzungen der Behandlungsunterschiede „hoch relevant“ (S. 229). Die Therapeuteneffekte würden die Behandlungseffekte, die für höchsten 1 Prozent der Variabilität verantwortlich gemacht werden könnten, deutlich übersteigen.

Der relativ starke Therapeuteneffekt entspricht dem *Kontextuellen Metamodell*. Dies trifft auch für die folgende Feststellung der Autoren zu: Wenngleich keine bestimmte Behandlung gegenüber anderen Behandlungen ein besseres Therapieergebnis bringt, erweist sich doch „die Allegiance des Psychotherapeuten zur Behandlung als robuster Faktor, der die therapeutischen Effekte moderiert“ (S. 228). Die Kongruenz der TherapeutInnen in Bezug auf ihre Therapie; ihre Überzeugung, dass diese etwas bewirkt, ist also hinsichtlich des Therapieerfolgs relevant. Wenngleich sich die Loyalität von ForscherInnen und TherapeutInnen auf die bisherige Therapieforschung negativ ausgewirkt hat, gilt es doch zu beachten, dass sich die Allegiance der TherapeutInnen in der Psychotherapie selbst positiv auf den Erfolg auswirken kann und so den PatientInnen zugutekommt.

7. Allgemeine Effekte

Nachdem Wampold, Imel und Flückiger empirisch bescheinigt haben, dass einige TherapeutInnen relativ unabhängig von der Behandlungsausrichtung bessere Ergebnisse als andere erzielen, fragen sie sich, was Therapeuten und Therapeutinnen tatsächlich effektiv macht. Unter Rückbezug auf die drei Pfade des Kontext-

tuellen Metamodells in Kapitel 2 verweisen die Autoren auf eine Reihe empirischer Untersuchungen (u.a. Metaanalysen) und gelangen zu folgenden Befunden:

Beziehung: Zur Untersuchung der Beiträge von TherapeutIn und PatientIn hinsichtlich ihrer Allianz wurden Multi-Level- Modellierungstechniken verwendet (sog. Verschachtelung der PatientInnen innerhalb verschiedener TherapeutInnen). Die Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen einer in der Therapie früh erhobenen Allianz und den Therapieergebnissen (80 TherapeutInnen; 331 PatientInnen) ergab erwartungsgemäß, dass die bessere therapeutische Person im Vergleich zu den anderen TherapeutInnen i.d.R. stärkere Allianzen mit ihren PatientInnen zu bilden vermochte (Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Erwartungen: Dieselben werden durch die von den PatientInnen akzeptierten Erklärungen der therapeutischen Person angeregt. „Der Glauben des Patienten daran, dass die Therapie hilfreich sein kann, tritt in eine Wechselwirkung mit dem Erklärungsmodell“ (S. 262). Metaanalysen ergaben die prognostizierte Assoziation zwischen Erwartung und Therapieergebnis (z.B. Constantino et al., 2011).

Behandlungsdurchführung: Wie erwartet ist die Teilnahme interaktiv vermittelt und damit ebenfalls Teilaspekt des Allianzkonzepts. Einigkeit über die Aufgaben der Therapie ist relevant hinsichtlich Durchführung und Abschluss therapeutischer Aufgaben. Neben der therapeutischen Behandlung selbst scheint dem Stand der Forschung nach auch die Beteiligung der PatientInnen an therapeutischen Aktivitäten relevant zu sein.

Die Autoren weisen auf eine Reihe weiterer *gemeinsamer Faktoren* hin, die sich als therapeutisch relevant erwiesen haben (u.a. auch die GPT-Variablen Empathie und Akzeptanz sowie die kulturelle Adaption). Allerdings wurden dieselben bisher meistens einzeln untersucht, wenngleich sie kaum voneinander trennbar sind. Auch wurde die Konfundierung mit der Allianz kaum je berücksichtigt. „In keinem dieser Fälle wurde die Art und Weise der Konfundierung mit der Allianz untersucht, nichtsdestotrotz ist die Größe der Effekte für diese Faktoren erstaunlich robust“ (S. 267 f.).

8. Spezifische Effekte

Unter spezifischen Effekten werden therapeutische Effekte verstanden, die auf *besondere Komponenten bestimmter Behandlungen* (z. B. innerhalb der KVT) zurückzuführen sind, deren mutmaßlicher Ertrag nicht durch die gemeinsamen Faktoren aller wichtiger therapeutischer Verfahren erklärt werden kann (s. Kap. 7). Anhand exemplarischer Studien und vorliegender Metaanalysen in mehreren Teilbereichen der Therapieforschung klärten die Autoren ab, ob bzw. inwieweit die spezifischen Bestandteile einer

wirksamen Therapie vielleicht doch auch für den Nutzen der Behandlung verantwortlich sind. Auf zwei dieser Bereiche wird im Folgenden kurz hingewiesen:

Komponentenstudien: Der direkteste Weg, um i.S. des Medizinischen Metamodells die Bedeutung eines bestimmten Bestandteils zu untersuchen, sind Komponentenstudien, bei denen eine kritische Komponente zu einer bestehenden Behandlung hinzugefügt oder aus einer bestehenden Behandlung entfernt wird. Anhand zweier Metaanalysen in additiven und subtraktiven Studien wurden indes für erstere nur minimale Effekte und für letztere keine Effekte gefunden (Bell, Marcus & Goodlad, 2013). Wampold, Imel und Flückiger stellen hierzu fest: „Das Hinzufügen oder Entfernen einer vorgeblich wirksamen Komponente schien den Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungen nicht zu erhöhen, wie zu erwarten wäre, wenn die spezifischen Bestandteile entsprechend dem Medizinischen Metamodell heilsam wären“ (S. 274).

Veränderungsmechanismen: Die Autoren fragen sich, ob erfolgreiche Behandlungen durch spezifische „Veränderungsmechanismen“ zustandekommen. Hierzu wurden sogenannte Mediationsanalysen durchgeführt, welche sich jedoch insbesondere in diesem theoretisch relevanten Teilbereich der Therapieforschung als messtheoretische Herausforderungen herausstellten, bedingen sich doch im Verlaufe der therapeutischen Sitzungen einzelne Veränderungen gegenseitig. Aufgrund der bisherigen Bestrebungen gelangen die Autoren zur Schluss, dass es kaum zwingenden Beweise dafür gibt, „dass die spezifischen Bestandteile einer bestimmten Psychotherapie oder spezifische Komponenten im Allgemeinen für die Schaffung des Nutzens der Psychotherapie allein verantwortlich sind“ (S. 320).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass gemäß den bereits vorliegenden Befunden nichts oder wenig für spezifische Interventionseffekte i.S. des Medizinischen Metamodells und viel mehr für allgemeine Effekte i.S. des neuen Kontextuellen Forschungsprogramms spricht. Wenn im Rahmen des Medizinischen Metamodells versucht wird, durch die Berücksichtigung von den im vorliegenden Kapitel ebenfalls behandelten *Wechselwirkungen* in Richtung Interaktionsforschung den Kern des Modells zu retten, ist dies nach Meinung der Autoren als Ausdruck eines „degenerierten Forschungsprogramms“ i.S. von Lakatos zu werten (s. Kap.3).

9. Konsequenzen der wissenschaftlichen Debatten

Wenn mit der Zurückweisung des Medizinischen Metamodells das Kontextuelle Metamodell ernsthaft in Betracht zu ziehen ist, hat dies nicht nur Auswirkungen auf die Forschungspraxis, sondern auch auf die *Praxis* der TherapeutInnen. Dass im Prinzip

kein therapeutisches Verfahren gegenüber anderen Verfahren zu bevorzugen ist, verschafft zwar den TherapeutInnen gewisse Freiheiten, doch müssen sie u.a. für eine kohärente Behandlung sorgen und sich ihrer Verantwortung bewusst bleiben.

Kohärente Behandlung: Die Therapeuten haben i. S. des Kontextuellen Metamodells eine Behandlung durchzuführen, die in sich zusammenhängend, in ihrer Wirksamkeit erklärbar und für das Engagement des PatientInnen bei deren Herstellung wünschenswerter Veränderungen in ihrem Leben wegbereitend ist. „Das wesentliche Merkmal der Erklärung und der Behandlung ist, dass sie a) für den Patienten akzeptabel sind, b) zu der Erwartung führen, dass der Patient die Kontrolle über seine Probleme erlangen wird, und c) den Patienten dazu bringen, sich an irgendeiner Art einer therapeutischen Handlung zu beteiligen“ (S. 344).

Verantwortlichkeit der TherapeutInnen: Die therapeutischen Personen sind für die Therapieergebnisse verantwortlich. Allerdings wäre bei einem Vergleich zu berücksichtigen, dass nicht alle PatientInnen die gleichen Erfolgsaussichten haben (u.a. leichtere vs. schwerere Störungen; zugängliche vs. weniger zugängliche PatientInnen). PsychotherapeutInnen sind nicht nur dafür verantwortlich, eine akzeptable Behandlungsstruktur zu schaffen, sondern u.a. auch eine kooperative Beziehung mit den PatientInnen zu ermöglichen.

Nach Ansicht der Autoren legt diese Verantwortung der therapeutischen Personen nahe, den Fortschritt der hilfeschuchenden Personen zu *messen*. Ein Therapieerfolg sei nicht immer sicherzustellen, aber insgesamt sollten TherapeutInnen „vernünftige Benchmarks“ erreichen. Die Konsequenzen dieser Art „Wertschätzung“ durch *Evaluation* auf den „Therapiebetrieb“ werden zwar in der vorliegenden Arbeit nicht eingehend diskutiert, doch wird immerhin festgestellt: „Natürlich kann es zu Kontroversen darüber kommen, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten. Die direkte Messung der therapeutischen Leistung ist umstritten, da sie auf professionelle Autonomie abzielt“ (S. 341).

10. Diskussion

Der „Psychotherapie-Debatte“ kommt eine außerordentliche Bedeutung zu, weil dieses Werk aufzuzeigen vermag, dass die Ergebnisse der bislang üblichen Vergleichsstudien zwischen den verschiedenen therapeutischen Verfahren (in der BRD insb. [K]VT, PA, GPT, ST) fragwürdig sind. Die KVT ist den anderen Verfahren *nicht* überlegen. Kritische MethodologInnen wussten dies schon lange, aber sie wussten es noch nicht so, wie es im vorliegenden Werk vorgeführt wird, nämlich mit Befunden aus empirischen Untersuchungen belegt, vorzugsweise mit Hilfe von Metaanalysen i. S. *kritischer Sekundäranalysen*, mit denen wichtige Verzerrungen innerhalb der Therapieforschung erfasst werden (u.a. die Allegiance von TherapeutInnen und ForscherInnen).

Der bisherige Dauersieger der traditionellen „Pferderennen“ war sozusagen gedopt. Wie ist es zu erklären, dass die KVT gleichsam wie selbstverständlich so lange favorisiert wurde? Die Autoren geben hierauf u.a. folgende Antwort: „Zum Teil ist dies auf die Neigung von KVT- BefürworterInnen zurückzuführen, sich in der Forschung aktiv zu betätigen, was der KVT vielleicht einen legitimen Vorteil verleiht. Aber es gibt einen hegemonialen Aspekt darüber hinaus. Die De-facto-Anforderungen klinischer Studien verschaffen Behandlungen, die leicht zu manualisieren, zeitlich begrenzt sind und sich auf die Symptome konzentrieren, einen Vorteil“ (S. 342).

Ein weiteres wichtiges Anliegen des Buches scheint für die Autoren selbst, andere TherapieforscherInnen sowie die TherapeutInnen die *Bekräftigung* zu sein, dass Psychotherapie wirksam ist: „[Der Vergleich] zwischen einer therapeutisch angelegten Behandlung irgendeiner Art mit keiner Behandlung als Kontrollgruppe (beispielsweise eine Wartelistenkontrollgruppe) dient als Mittel zur Untersuchung der absoluten Wirksamkeit. Wie in Kapitel 4 beschrieben, zeigen diese klinischen Studien eindrucksvoll, dass Psychotherapie im Allgemeinen erstaunlich robust wirkt. [...] Tatsächlich ist uns keine veröffentlichte Metaanalyse einer bona fide durchgeführten Psychotherapie bekannt, die sich von einer Nichtbehandlung nicht unterscheiden würde“ (S. 335).

Indessen stellt sich nicht nur die Frage nach dem Publikationsbias (s.u.), sondern auch die Frage, ob zumindest bei dem hier angeführten Vergleichsmodus (Psychotherapie vs. Wartegruppe) die ganze Differenz der „Psychotherapie“ zugestanden werden darf oder ob von dem, was dieser oft vollständig zugerechnet wird, dasjenige abgezogen werden müsste, was quasi auf die *Kommunikation an sich* zurückzuführen ist, die zwar ebenfalls psychologisch verstanden werden kann, aber eben nicht im besonderen Sinne psychotherapeutischer Verfahrenweisen. Was nicht psychotherapeutisch produziert wird, quasi der „kommunikative Mehrwert“, darf nicht unterschlagen werden, indem alles, was während den Sitzungen geschieht, der „Psychotherapie“ zugerechnet wird. Dennoch wiederholen die Autoren in ihrem Buch auf die eine oder andere Art immer wieder, dass Psychotherapie wirksam und hilfreich ist. Diese allgemeine Aussage mag ja in einem gewissen Sinne, insbesondere was die externen Voraussetzungen anbelangt (u.a. Schweigepflicht), quasi i.S. eines analytischen Urteils richtig sein, und als Psychotherapeut bin ich natürlich auch geneigt, der Ansicht zuzustimmen, dass Psychotherapie nützlich ist; doch ist ein diesbezüglicher *Allsatz* fragwürdig. Bekanntlich gibt es auch schwarze Schwäne. Zumindest wären einige Differenzierungen vorzunehmen (s. u.).

Kontrollgruppen können natürlichen Kommunikations- oder Konversationsgruppen recht nahe kommen; indes zuweilen auch dem ursprünglichen nicht-direktiven Vorgehen von Rogers (1942/1989). Doch warum kann dasselbe (oder auch die neu-

eren Formen der GPT) nicht mit der Zugabe von einigen eingangs bei den „eigentlichen Psychotherapien“ abgegebenen Erklärungen und Kommentaren problemlos in den Rahmen einer bona-fide-Therapie gestellt werden? Auch nach Wambold, Imel und Flückiger können therapeutische Effekte, die typischerweise als *allgemein* angesehen werden, in anderen Anwendungen spezifisch sein (z.B. die Empathie als einführendes Verstehen i.S. der GPT). Demnach könnte sich auch eine (ihrer Meinung nach positive) Perspektive ergeben, die zu einer Nivellierung der diversen inhaltlichen Aspekte der wichtigsten therapeutischen Verfahren beiträgt. „Die spezifischen Aspekte wären somit nicht mehr eine Frage des kategorialen ‚Was‘, sondern des dimensionalen ‚Wieviel‘. Alle Therapieschulen würden somit grundsätzlich die Qualitäten der anderen Therapieschulen mehr oder weniger mitberücksichtigen, und sie würden sich nur noch in den dimensional Ausprägungen voneinander unterscheiden“ (S. 73). Demnach wäre immerhin eine Vereinheitlichung der Inhalte der verschiedenen Schulen möglich.

Allerdings müsste man sich fragen, ob mithin nicht auch die *qualitativen* Veränderungen berücksichtigt werden müssten. So hat die Empathie in der Gesprächspsychotherapie einen *anderen* Stellenwert und erfährt auch eine *andere* Ausgestaltung als bei einem instrumentellen Ansatz wie der VT. Auch die Beziehung erhält wohl bei einer Umsetzung einer supportiven Kontrollgruppe in die Versuchsgruppe einen anderen Charakter, wenn es gilt, in einer KVT das Allianz-Konzept in einem primär *aufgabenbezogenen* Sinne zu realisieren. Was geschieht, wenn Empathie nicht im Rahmen GPT verstanden wird? Ihre eigentümliche *personzentrierte* Qualität als Konzept des einführenden Verstehens erfordert viel Talent und Erfahrung. In den meisten Fällen ist diese Vorgehensweise überhaupt erst nach einer *langen praktisch-psychotherapeutischen Ausbildung* sinnvoll realisierbar. Es stellt sich hinsichtlich der vorliegenden Untersuchung und hinsichtlich der zukünftigen Psychotherapieforschung insgesamt die Frage, ob die sogenannten gemeinsamen Faktoren immer noch solche „Faktoren“ sind, wenn sich ein psychotherapeutisches Verfahren so optimieren lässt, dass insbesondere Empathie, Kongruenz, Akzeptanz und echte Beziehung wirkungsvoll umsetzbar ist.

Die meisten Thesen des vorliegenden Werkes stehen und fallen mit den empirischen Möglichkeiten der Metaanalysen. Die Autoren kritisieren zwar die älteren Metaanalysen (u. a. waren die Tests der Homogenität von Effektstärken noch nicht entwickelt), doch den neueren Metaanalysen stehen sie fast durchwegs positiv gegenüber: „In der Geschichte der Untersuchungen der Psychotherapiewirksamkeit stellt die Metaanalyse eine objektive und nützliche Form dar, um Studien mit gleichen Hypothesen zu aggregieren“ (S. 157). Metaanalysen i. S. *kritischer Sekundäranalysen* haben zwar sicherlich ihre Berechtigung (s.o.), doch als systematische Zusammenfassung der Forschungsergebnisse empirischer Wirksamkeitsstudien (RCT-Studien) stellen sie eine methodologisch fragwürdige *kumulative* Vorgehensweise zur Untermauerung ihrer Vorstellun-

gen dar; ein Unterfangen, das nicht dem von den Autoren wissenschaftstheoretisch favorisierten Lakatos entspricht (vgl. u. a. Lakatos, 1974, S. 170 f.).

Einige WissenschaftlerInnen monieren, dass die primären, in Metaanalysen synthetisierten RCT-Studien weitgehend methodisch mangelhaft seien, wodurch auch die Metaanalysen selbst methodisch unzulänglich sein müssten. Einige *methodische Mängel* der RCT-Studien seien hier aufgezählt: Probleme mit der Randomisierung (auch eine zufällige Zuordnung zu den Vergleichsgruppen ist meistens unmöglich), Informationsverlust durch die gängigen testpsychologischen Operationalisierungen (u. a. nicht gegebene Voraussetzungen der verwendeten Skalenniveaus), aufgrund der Operationalisierungsprobleme Verweise von einem Testverfahren zum nächsten und damit Zirkularität als scheinbarer Ausweg aus der ausweglosen Situation, Wechselwirkungen mit unbekanntem kausalen Variablen, mangelnde Entsprechung der statistischen Hypothesen mit den psychologischen Hypothesen, begrenzte externe Validität der meistens an Psychologischen Instituten der Universitäten durchgeführten Untersuchungen usw. (vgl. u.a. Howard et al., 1997; Galliker & Klein, 2018). Hinzu kommt das Problem der unvollständigen Hypothesen (s.o.), die in der Form unbegrenzter Allsätze weder falsifizierbar noch verifizierbar sind, sich allerdings bei einem Bezug auf einen endlichen Individualbereich als Hypothesen betreffend relativer Häufigkeiten darstellen lassen, die mit – in der Therapiefor schung sehr selten verwendeten – Chi-Quadrat-Tests empirisch überprüfbar, hiermit also doch falsifizierbar wären (Albert, 1992).

Schon etwas scheinbar ganz Triviales wie die *Auswahl der Primärstudien* ist problematisch. Nur ganz bestimmte Psychotherapien werden überhaupt dokumentiert, nur zu bestimmten davon werden wissenschaftliche Berichte verfasst, nur bestimmte davon werden Fachzeitschriften unterbreitet, nur bestimmte davon werden ausgewählt und publiziert, nur bestimmte davon werden in bestimmten Metaanalysen nach bestimmten Kriterien in bestimmter Art und Weise berücksichtigt. Studien, in denen auch Einzelstudien mitberücksichtigt werden, die sich als nicht nützlich erwiesen und u.a. auch abgebrochene Therapien involvieren, liegen kaum vor. Auch mit Metaanalysen und Sekundäranalysen von Metaanalysen (insbesondere hinsichtlich Allegiance-Effekte) könnte man die hier nur angedeuteten Probleme nicht lösen.

Wampold, Imel und Flückiger sehen zwar einige der wissenschaftstheoretischen und forschungspraktischen Probleme, vermögen ihnen jedoch lediglich statistische Argumente als „Lösung“ methodischer und methodologischer Probleme anzuführen; z.B. dass bei der für das Buch sehr wichtigen Metaanalyse von Wampold et al (1997) die 277 Vergleiche homogen um null herum verteilt seien (vgl. S. 205).

Früheren Metaanalysen wurde v. a. die fehlende Homogenität der Einzelstudien vorgeworfen; allerdings muss eine gewisse Heterogenität von den MetaanalytikerInnen sogar angestrebt

werden, um überhaupt bestimmte Effektmoderatoren untersuchen zu können. Doch was bringt ein kulinarisches Produkt, das aus Äpfeln, Birnen und weiteren Früchten und Gemüsearten formiert wird? Was haben wir davon, wenn wir Durchschnittswerte für Effektivitätsstärken erhalten? Anstelle einer Mischung durch Aggregation mit dem Quasi-Produkt eines Frucht- und/oder Gemüsesaftes wäre es vielleicht informativer, den *Geltungsbereich* i. S. von Foppa (1986) sachdienlich „abzustecken“ – zunächst durch die Ergebnisse der bisherigen Einzelstudien und dann sukzessive durch die Realisierung der in Aussicht gestellten Resultate zusätzlicher Studien (siehe hierzu auch Bredenkamp, 1972, S. 39). Sicherlich müssten dann auch Studien mit Personen durchgeführt werden, die in der bisherigen Therapiefor schung wenig berücksichtigt wurden (z.B. mit TherapeutInnen mit langjähriger Ausbildung und/oder langer Berufserfahrung oder mit PatientInnen mit schweren psychischen Störungen in Psychiatrischer Kliniken).

Gegenüber der Metaanalyse wird auch moniert, dass sie meistens *atheoretisch* durchgeführt wird, indem empirische Resultate ohne expliziten Bezug auf eine Theorie akkumuliert werden. Zwar wenden sich Wampold, Imel und Flückiger gegen die „einfache Aufzählung von statistisch signifikanten Studien“ (S. 126) und sie weisen auch darauf hin, dass Metaanalysen dazu verwendet werden können, „die Validität zweier konkurrierender Theorien zu testen“ (S. 130); tatsächlich ist indes in ihrem Forschungsprogramm *kein* Vorgehen in Richtung einer expliziten *Therapie-Theorie* womöglich im Vergleich mit einer anderen (i.S. von Lakatos i.d.R. bisherigen) Theorie der Psychotherapie ersichtlich, die sich womöglich als besondere Theorie von einer bloßen Kommunikationstheorie abhebt; vielmehr scheint es den Autoren primär darum zu gehen, das Medizinische Metamodell zu verwerfen (freilich ohne den Krankheitsbegriff im psychischen Bereich prinzipiell in Frage zu stellen) und das Kontextuelle Metamodell mit Befunden fremder und eigener Therapiefor schungen positivistisch zu fundieren.

11. Fazit

Das Werk „Die Psychotherapie-Debatte“ von Wampold, Imel und Flückiger leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, die überkommene Medizinische Metatheorie aus der eigentlich psychologischen Psychotherapieforschung aufzugeben. Es wartet mit einem Forschungsprogramm auf, welches sich theoretisch auf das Kontextuelle Metamodell und methodisch v.a. auf Metaanalysen bezieht. Das Programm ist nicht nur hinsichtlich der Schlichtung des insbesondere in den deutschsprachigen Ländern schon lange anhaltenden Schulstreits in der Psychotherapie relevant, sondern auch dazu geeignet, das Wissen über die Wirkungsweise von Psychotherapie zu erweitern, wenngleich hinsichtlich besonderer Therapie-Theorien sich im vorliegenden Werk noch wenig findet und methodische sowie methodologische Defizite nicht übersehen werden können.

Literatur:

Albert, M. (1992). Die Falsifikation statistischer Hypothesen. *Journal for General Philosophy of Science/Zeitschrift für allgemeine Wissenschaftstheorie*, 23, 1 – 32.

Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (258–297). New York: Wiley.

Baldwin, S.A., Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842–852.

Bell, E.C., Marcus, D.K. & Goodlad, J.K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 722–736.

Bredenkamp, J. (1972). *Der Signifikanztest in der psychologischen Forschung*. Frankfurt a.M.: Akademische Verlagsgemeinschaft.

Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M. & Smith, J.Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184–192.

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Carroll, K., Luborsky, L. & McLellan, T. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81–91.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.

Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 317–328.

Foppa, K. (1986). „Typische Fälle“ und der Geltungsbereich empirischer Befunde. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 45, 151–163.

Gadonne, V. (1984). *Theorie und Erfahrung in der psychologischen Forschung*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

Galliker, M. & Klein, M. (2018). Auf der Suche nach der verlorenen Zukunft. Ist Rogers' Gesprächspsychotherapie antiquiert oder die Therapieforschung ihr inadäquat. *PERSON*, 22, 55–64.

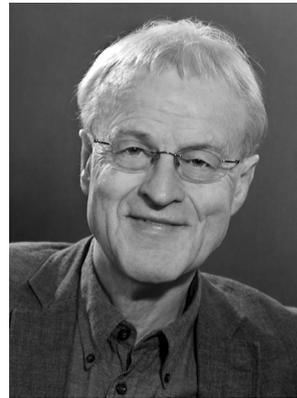
Howard, K.I., Krause, M.S., Sauners, S.M. & Kopta, S.M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221–225.

Kuhn, T.S. (1962/2012). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Lakatos, I. (1974). Falsifikation und die Methodologie wissenschaftlicher Forschungsprogramme. In: I. Lakatos & A. Musgrave (Hrsg.). *Kritik und Erkenntnisfortschritt* (S. 89–189). Braunschweig: Vieweg.

Popper, K. R. (1934/1989). *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr (Paul Siebeck).

Rogers, C.R. (1942/1989). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt a.M. Fischer.



Prof. em. Dr. Mark Galliker, Eidg. Anerkannter Psychotherapeut pca.acp./FSP; Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz in der Redaktion der Zeitschrift *PERSON*; Forschungstätigkeit in den Bereichen Therapieforschung, Wissenschaftstheorie und Geschichte der Psychologie; letzte Publikation: Galliker, M. & Lesing, H.-U. (2020). *Psychologie des Lebens. Dilthey im Diskurs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kontakt: mgalliker@web.de

„Der Goldstandard der ambulanten Psychotherapie ist der persönliche Kontakt“

Welche Auswirkungen könnte die Coronakrise auf die Psychotherapie haben? Und welche Zukunft haben insbesondere psychotherapeutische Angebote per Video? Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), gibt im Interview eine erste Einschätzung.



Foto: DPtV / Holger Groß

Herr Hentschel, laut einer Studie der Privaten Fachhochschule (PFH) Göttingen haben die Einschränkungen aufgrund der Coronapandemie schon im Juni zu einer steigenden Zahl von Depressionen geführt. Auch Ängstlichkeit, Stress und Wut sind laut Experten vermehrt zu beobachten. Wie kann das mit Onlineangeboten überhaupt aufgefangen werden?

Der Begriff Onlineangebote umfasst unterschiedliche EDV-gestützte Angebote: App-gestützte

Online-Trainingsprogramme mit präventivem Charakter, diagnosebezogene Angebote bis hin zu psychotherapeutischen

Videositzungen, die insbesondere in der Coronakrise psychotherapeutische Sitzungen im persönlichen Kontakt teilweise ersetzen können. Der Gesetzgeber hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beauftragt, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) einem Prüfverfahren zu unterziehen und unter anderem ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Nach erfolgreich durchlaufener Prüfung werden diese in einem neu zu schaffenden Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen gelistet und für die Verordnung durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen freigegeben. Nach unserem Kenntnisstand (5. August 2020, Anm. d. Red.) hat das BfArM bis heute noch keine einzige DiGA zur Unterstützung der Behandlung psychischer Erkrankungen zertifiziert. Auch ist derzeit ungeklärt, wie die Verordnung in der vertragspsychotherapeutischen Praxis konkret umzusetzen ist. Anders verhält es sich mit psychotherapeutischen Videositzungen. Hier ha-