

Hans-Peter Heekerens & Maria Ohling

Therapieevaluation – eine Sach- und Beziehungsklärung



Prof. Dr. theol., Dr. phil. habil.
Hans-Peter Heekerens

Studium der Theologie und Psychologie, seit 1984 Professor für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Pädagogik am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule München



Prof. Dr. phil. Maria Ohling

Studium der Sozialpädagogik, seit 2004 Professorin für Handlungs- und Methodenlehre der Sozialen Arbeit am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Landshut

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens,
Prof. Dr. Maria Ohling
Fachhochschule München,
Fachbereich Sozialwesen,
Am Stadtpark 20, 81243 München
E-Mail: heekerens@fhm.edu
Telefon: 089 1265-2312

Vorwort

Die durch das Psychotherapeutengesetz und die Psychotherapie-Richtlinien bevorzugten Methoden der Evaluierung, die überwiegend auf randomisierten klinischen Prüfungen beruhen, werden Humanistischen Psychotherapie-Verfahren wie der Gesprächspsychotherapie nicht gerecht. Sie verkürzen Psychotherapie, engen sie auf rein kuratives Handeln ein und berücksichtigen prozesshaftes Geschehen wie beispielsweise Beziehung oder Entwicklung nur unzureichend. Will Psychotherapie unter den gegebenen Bedingungen Teil des derzeitigen Gesundheitssystems sein, muss sie sich in der Tat darauf konzentrieren, Störungen zu beseitigen oder doch wenigstens zu lindern. Klinische Psychotherapie muss dann im heilenden Sinne effektiv sein. Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling problematisieren in ihrem nachfolgenden Beitrag, wie stark die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie bevorzugten Evaluationsverfahren die Humanistischen Verfahren ausgrenzen. Die Autoren zeigen die Zwänge derzeitiger Evaluationsforschung auf und machen deutlich, wie schnell Humanistische Psychotherapie bei der gängigen Evaluationspraxis als „unwirksam/ineffektiv“ stigmatisiert werden kann. Heekerens und Ohling verweisen auch auf Alternativen zur gesetzlich verordneten Forschungspraxis. (Die Redaktion)

Einleitung

Die Diskussion um die „richtige“ Art und Weise, Psychotherapie zu evaluieren, ist von hoher Affektladung beeinflusst – dies gilt sowohl für den Binnenbereich der Psychotherapie wie auch für die Auseinandersetzungen mit dem Außenbereich. Selbst in Fachartikeln ist das zu spüren; als Beispiel aus jüngerer Zeit sei auf den Disput über die (Feststellung der) Wirksamkeit und Effektivität von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im *Psychotherapeutenjournal* (Berns & Berns, 2004; Döpfner, 2003, 2004; Froehlich-Gildhoff, 2004) verwiesen. Der Ruf nach „mehr Sachlichkeit!“ wäre wenig Erfolg versprechend – und in bestimmter Hinsicht auch nicht angemessen, denn bei Psychotherapieevaluation ging und geht es stets nicht nur um die Klärung in der Sache, sondern immer auch um die der Beziehung. Sich das immer wieder zu vergegenwärtigen, könnte hilfreich sein. Zur Notwendigkeit von Psychotherapieevaluation werden üblicherweise drei Begründungen genannt, und schon dabei zeigt sich, dass Sach- und Beziehungsaspekt berührt sind:

1. eine wissenschaftliche (Erkenntnisgewinn über Wirkmechanismen, über intra- und interpersonale Prozesse und anderes mehr),
2. eine ethische (Verpflichtung gegenüber dem Klienten/Patienten zur bestmöglichen Versorgung) und
3. eine gesundheitspolitische (Optimierung – auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten – der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung).

Nehmen wir nur einmal diesen letzten Punkt, die Kosten-Nutzen-Aspekte, in den Blick. Die katamnestiche Evaluation von Psychoanalyse durch Dührssen und Jorswiek (1965) etwa diente dem Nachweis, dass Psychotherapie nicht nur dem einzelnen Klienten/Patienten Leid, sondern auch der Versichertengemeinschaft Geld einspart. Das war insofern Beziehungsregelung nach „außen“, als dass die deutsche Psychoanalyse mit ihren Evaluationsstudien in den frühen Jahren der Bundesrepublik offensiv in Konkurrenz zu traditionellen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen ging. Und die Ergebnisse der frühen Katamnestiche-Studien haben schließlich dazu beigetragen, dass es in der Bundesre-

publik ab 1965 erste Kostenerstattungsregelungen für die Psychodynamische Psychotherapie gab und 1967 die analytisch orientierte und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die der Wissenschaftliche Beirat (2004a) mit guten Gründen unter „Psychodynamische Psychotherapie“ zusammen fasst, in den Katalog der zu erstattenden Leistungen nach SGB V aufgenommen wurden.

Als Jahrzehnte später die – durch die kognitiv-behaviorale „Schule“ dominierte – Sektion „Klinische Psychologie“ der *American Psychological Association (APA)* 1995 ihre viel diskutierte und heftig umstrittene Liste von *Empirically Supported Therapies (ESTs)* vorlegte (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), geschah das zu einer Zeit, da die *American Psychiatric Association* und die *Agency for Health Care Policy and Research* in verstärktem Maße biomedizinische Behandlungsmaßnahmen für psychische und Verhaltens-Störungen propagierten. Man kann und muss in der Veröffentlichung der EST-Liste denn auch einen ernsthaften Legitimations-, ja Rettungsversuch für psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten sehen. Insofern wird diesem Unternehmen auch von nicht-behavioraler Seite Respekt gezollt (vgl. etwa Guthrie, 2000; Messer, 2001; Wampold et al., 2002). Auch hier hat Psychotherapieevaluation die Funktion einer Beziehungsdefinition nach außen.

Eine kurze Geschichte der Psychotherapieevaluation

Nähme Psychotherapie die beiden geschilderten Episoden ernst, die sich unschwer vermehren ließen, so müsste sie sich fragen, ob in „Binnenstreitigkeiten“ über die „richtige“ Art der Psychotherapieevaluation nicht Energie gebunden und vernichtet wird, die in der Auseinandersetzung mit „Draußen“ sinnvoller eingesetzt wäre. Psychotherapieevaluation hatte nämlich immer auch etwas mit internen Beziehungsregelungen zu tun – weniger positiv konnotiert: mit Konkurrenzkämpfen im Binnenbereich. Das wird selbst in einer knappen

Randomisierung

„Als Randomisierung bezeichnet man die Zuteilung der Behandlung zum Patienten aufgrund eines Zufallsmechanismus, also nicht auf der Grundlage eines ärztlichen Entscheidungsprozesses. Anders ausgedrückt, wird jedem der in einem Pool von Studienteilnehmern zusammengefassten Patienten eine der zu vergleichenden Behandlungen zufällig zugewiesen. ‚Zufällig‘ meint dabei zum einen die für jeden Studienpatienten gleiche Chance der Zuweisung zu einer der Behandlungsgruppen, zum anderen die Unabhängigkeit der Zuweisung zu den Behandlungsgruppen für verschiedene Patienten...“

Aus: Lauterbach/Schrapp (2004) Gesundheitsökonomie. 2. Aufl. Schattauer S. 74

Skizze der Entwicklungsgeschichte der Psychotherapieevaluation deutlich. Mit Lambert (2001) kann man in dieser Geschichte drei thematische Schwerpunkte ausmachen, die jeweils für heftige Kontroversen gesorgt haben beziehungsweise bis heute noch sorgen.

In einer ersten Kontroverse, die von Anfang der 50er bis Ende der 70er reichte, ging es um die Frage, ob Psychotherapie, gemessen an Nicht-Behandlung, überhaupt wirkt. Nachdem diese Frage im Grunde als positiv beantwortet angesehen werden konnte, konzentrierte sich die Diskussion in der zweiten Phase von Anfang der 80er bis zum Beginn der 90er auf eine zweite Kontroverse, nämlich auf die Frage, ob Psychotherapie denn überhaupt Effekte erzeuge, die Placebo-Effekten überlegen sei. Man muss hier ergänzend hinzufügen, dass die Psychotherapieevaluation seit Anfang der 80er zunehmend mehr störungsspezifisch verfuhr, nachdem mit dem DSM-III seit 1980 die Voraussetzungen für reliable diagnostische Klassifikationen geschaffen waren. Als auch die Frage der Überlegenheit gegenüber Placebos im Wesentlichen mit Ja beantwortet galt, trat Mitte der 90er eine dritte Kontroverse in den Vordergrund. Dabei ging es dann – und geht es bis heute – um die Frage, welche psychotherapeutischen Treatments wirksamer seien als andere – sowohl andere psychotherapeutische als auch nicht-psychotherapeutische, etwa medikamentöse.

Die mit diesen drei Diskussionskreisen zusammenhängenden Kontroversen waren und sind im Binnenbereich der

Psychotherapie mit einer Auseinandersetzung verknüpft, die sich vornehmlich zwischen der behavioralen und der nicht-behavioralen Seite abspiel(t)en. Genauer gesagt: In allen drei Kontroversen ging und geht es immer auch um eine von (kognitiv-)behavioraler Seite – oft eher implizit als explizit – vorgebrachte Doppelthese, nämlich dass

- a) die nicht-behaviorale Psychotherapie nicht beziehungsweise nur wenig wirksam sei, im Gegensatz dazu
- b) die behaviorale sehr wirksam sei.

Diese Doppelthese erfuhr und erfährt immer wieder zweifachen Widerspruch: Erstens wird auf die Wirksamkeit und Effektivität nicht-behavioraler Verfahren verwiesen und zweitens wird die postulierte Überlegenheit der (kognitiv-)behavioralen Verfahren bestritten. Und zumindest was den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie angeht, kann man heute nur noch schwerlich von einer generellen Überlegenheit der kognitiv-behavioralen Verfahren sprechen (Castonguay et al., 1996; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997, 2002; Westen & Morrison, 2001).

Für all die drei oben genannten Kontroversen finden sich auslösende Publikationen, die aus dem (kognitiv-)behavioralen Lager stammen. Eysenks (1952) grundsätzliche Anfrage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie zielte dem Inhalt nach auf die Psychodynamische Psychotherapie und hinsichtlich der Methodik der Psychotherapieevaluation auf Katamnesestudien, wie sie in Deutschland etwa von Dührssen durchgeführt

wurden. Eine zweite Runde der immer zugleich methodischen wie „schulischen“ Auseinandersetzung wurde durch den Artikel von Prioleau, Murdock und Brody (1983) zur Überlegenheit der Psychotherapie gegenüber Placebos eingeläutet. Den Startschuss zur dritten und bis heute andauernden Kontroverse gab die schon oben genannte Veröffentlichung der ESTs (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), in der wiederum Aspekte der Evaluationsmethodik und der „Schulen“-Konkurrenz miteinander verquickt sind. Was die Evaluationsmethodik betrifft, so wird einem bestimmten Untersuchungs-Design, der „randomisierten klinischen Prüfung“ (*Randomized Clinical Trial*; RCT), eine Vormachtstellung eingeräumt, und die nicht-behavioralen „Schulen“ der Psychotherapie mussten es als Affront verstehen, dass die EST-Liste weitgehend aus kognitiv-behavioralen Verfahren besteht; Ausnahmen, wie etwa die aus humanistischer Tradition stammende Emotions-fokussierte Paartherapie (Heekeren & Ohling, im Druck 1) bestätigen diese Regel nur.

Der jüngste Streit um die „richtige“ Therapieevaluation

Die Reaktionen auf die Veröffentlichung der EST-Liste fielen heftig aus. Der Protest gegen den Vorstoß der Sektion „Klinische Psychologie“ der APA kam von vielen Seiten, auch aus anderen Sektionen der APA selbst. Will man ein prägnantes Bild der neuesten Kontroverse gewinnen, genügt es, sich auf die Diskussion, wie sie im Berufsverband der US-amerikanischen Psychologen geführt wird, zu konzentrieren. Schon ein Jahr nach Veröffentlichung der ersten EST-Liste wurde auf Vorschlag des Präsidiums der Sektion „Beratung“ eine Task Force eingerichtet, deren erstes Ergebnis 2002 unter dem Titel *Principles of Empirically Supported Interventions in Counseling Psychology* (Wampold et al., 2002) öffentlich vorgelegt wurde. Dort wird der EST-Ansatz nicht einfach für „falsch“ erklärt, vielmehr betonen die Verfasser, dass Psychotherapie durch die gewählte Form der Evaluierung in das Korsett des

Managed Care-Ansatz eingeschnürt werde. Somit passe die Psychotherapie zwar gut in das medizinische Versorgungssystem, wie es sich momentan darstelle, sie verfehle aber gerade dadurch den Charakter von Psychotherapie in einem breiteren Sinne, für den sich die Sektion „Beratung“ stark macht.

Die Sektion „Psychotherapie“ der APA reagierte ebenfalls auf die Herausforderung, die von der EST-Liste ausging, und legte zu Beginn dieses Jahrzehnts die Arbeitsergebnisse ihrer Task Force zur Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie vor (Norcross, 2002). Dem EST-Ansatz wird vorgehalten, er ignoriere mit seiner Fixierung auf Störungen einerseits und Interventionstechniken andererseits, dass die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels sei von

1. Interventionstechniken,
2. therapeutischer Beziehung,
3. Charakteristika des Klienten/ Patienten auch jenseits seiner Störung und
4. komplexen Eigenschaften des Beraters/Therapeuten.

Letzterer komme im EST-Ansatz jedoch lediglich als „Manual-gesteuerter Techniker“ in den Blick. Und auch hier gilt wieder: Der EST-Ansatz wird nicht einfach für „falsch“ erklärt, wohl aber für völlig unzureichend.

Die Sektion „Humanistische Psychologie“ der APA reagierte auf die EST-Liste von 1995 recht schnell. Schon 1997 wurden erste Stellungnahmen in *The Humanistic Psychologist* veröffentlicht und nach Überarbeitungen und Aktualisierungen findet sich die Positionsbestimmung der Sektion „Humanistische Psychologie“ der APA heute im Internet (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003). Die zentralen Kritikpunkte am EST-Ansatz finden sich auch in einem *Psychotherapy Research*-Artikel (Bohart et al., 1998) und decken sich im Wesentlichen mit der Kritik, wie sie von der Sektion „Beratung“ und der Sektion

„Psychotherapie“ vorgebracht werden. Was den Punkt „Evaluation nach dem EST-Modell“ anbelangt, so betont die Sektion „Humanistische Psychologie“ der APA zwar, dass der EST-Ansatz paradigmatisch nicht mit der humanistischen Theorie und Praxis kongruent sei, der Wirksamkeits- und Effektivitätsnachweis auch humanistischer Verfahren nach dem EST-Ansatz aus legitimatorischen Gründen aber nützlich sei. Kriz (2003) spricht in diesem Zusammenhang von „Rechtfertigungsforschung“.

Der Streit um die „richtige“ Therapieevaluation ist nicht bloß „akademisch“

Was „legitimatorische Gründe“ sind, wird schnell deutlich, sieht man sich an, nach welchen Kriterien der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in Deutschland das Gütesiegel „wissenschaftlich anerkannt“ vergibt. Wir können an dieser Stelle nicht die grundsätzlichen kritischen Einwände, wie sie vor allem von nicht-behavioraler Seite erhoben wurden (vgl. etwa Eckert, 2002; Kriz, 2003; Zepf & Hartmann, 2002; Zurhorst, 2003), wiederholen. Es sei nur noch einmal darauf hingewiesen, dass das Psychotherapeutengesetz einer bestimmten Grundlogik folgt: Zur Sicherung der Versorgung bei psychischen und Verhaltensstörungen werden nicht Menschen, sondern Treatments zugelassen. Es wird also nicht geprüft, ob Personen breit, fundiert und nach den Erkenntnissen der Anwendungswissenschaft Psychotherapie ausgebildet sind, sondern ob psychotherapeutische Treatments, und zwar nach „Schulen“ geordnet, wirksam sind.

Was jenseits des Atlantiks verhandelt wird, ist auch hier zu Lande von unmittelbarer Relevanz. Sieht man sich die neueste Fassung der „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich Psychotherapie“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2003) sowie die Einzelentscheidungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Systemischen Therapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 1999), zur

Psychodramatherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2000) und zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2002) sowie seine Stellungnahmen zur Verhaltenstherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2004b) und Psychodynamischen Psychotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2004a) an, zeigt sich, dass der WBP im Wesentlichen dem EST-Ansatz folgt.

Auch die Richtlinien-Psychotherapien sind berührt. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) plädierte unlängst dafür, die Leistungen nach dem SGB V um Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie in Abhängigkeit von deren Evidenzbasierung einzuengen. Den höchsten Evidenzgrad, Evidenzgrad I, erhalten nur Formen der ambulanten Psychotherapie, wenn sie die „randomisierte klinische Prüfung“ bestanden haben, und auch für den Evidenzgrad II wird die experimentelle Prüfung verlangt. Die Einschränkung dabei ist, dass die Zuteilung von Probanden zu Experimental- und Kontrollgruppe nicht mehr zufällig sein muss, also durch Randomisierung erfolgt, sondern sie kann auch über Parallelisierung vorgenommen werden. Betrachtet man die „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich Psychotherapie“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2003), die der WBP für nach dem 1. Januar 1990 publizierte Evaluationsstudien stellt, wird deutlich, dass der WBP nur solche Evaluationsstudien zulässt, die von ihrem Design her den Erfordernissen für die Evidenzgrade I und II entsprechen.

Mit dem EST-Ansatz lässt sich die Psychotherapieevaluation auf die Logik der „Medikamenten-Metapher“ (Auckenthaler, 2000; Eckert, 2002; Guthrie, 2000; Stiles & Shapiro, 1989) ein. Das geht bis hin zum Sprachgebrauch. Wenn, was die Evaluationsmethodik betrifft, das dafür verwendete Design gemeinhin als „randomisierte klinische Prüfung“ bezeichnet wird, so soll damit zum Ausdruck gebracht werden, dass Studien dieser Art den Anforderungen

an Medikamenten-Studien, wie sie in den USA von der *Food and Drug Administration* (FDA) erhoben werden, entsprechen. Der EST-Ansatz wollte in der Konkurrenz mit biomedizinischen Behandlungsmaßnahmen überzeugend wirken, indem er deren „Sprache“ sprach (Shapiro, 1996). Man kann lange darüber streiten, ob hier nicht ein Preis bezahlt wird, der zu hoch ist. Nur muss man sich auch die Frage stellen, welchen Preis Psychotherapie zwangsläufig dafür zahlen muss, will sie im medizinischen Versorgungssystem, so wie es derzeit verfasst ist, eine Rolle spielen.

Kritiker des EST-Ansatzes fordern deshalb konsequenterweise, verstärkt darüber nachzudenken, wie ein anderer Kontext von Psychotherapie, ein Kontext außerhalb des medizinischen Versorgungssystems, beschaffen sein könnte (Bohart et al., 1998; Messer, 2001; Messer & Wampold, 2002; Wampold et al., 2002). Mit Blick auf Deutschland kann man dabei insbesondere an – in Zukunft noch an Bedeutung gewinnende (Richter, 2004) – individuell finanzierte Hilfeleistungen denken, die gar nicht „Psychotherapie“ heißen müssen, sondern als soziale Dienstleistungen unter Begrifflichkeiten wie „Beratung“, „Mentoring“ oder „Coaching“ daher kommen können. Man denke auch an (noch) weitgehend öffentlich finanzierte Angebote, wie sie etwa in Einrichtungen der Ehe-, Lebens- und Suchtberatung – und dort auch von Klinischen Sozialarbeitern (Pauls, 2004) – angeboten werden. In nennenswertem Umfang – eigens zu nennen sind die Erziehungsberatungsstellen (Heekerens, 1989; Vossler, 2003) – findet Psychotherapie auch auf der Grundlage des SGB VIII (KJHG) statt, wozu die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin unlängst erklärte: „Psychotherapie nach KJHG und Psychotherapie in der GKV (‚Richtlinienpsychotherapie‘) sind zwei voneinander unterschiedene und abgegrenzte Formen von Psychotherapie“ (Borgmann, 2004).

Wenn sich Psychotherapie auf die Bedingungen des medizinischen Versorgungssystems via Psychotherapeutengesetz einlässt, bedeutet dies für

die Situation in Deutschland neben der Begrenzung auf „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ die Einschränkung des Handlungsfeldes auf die „Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (§ 1 Abs. 3 PsychThG); beide Restriktionen gelten für Ärzte *nicht* (Groeger, 2003). Ferner sieht sich Psychotherapie im Geltungsbereich des SGB V mit dessen Grundgebot konfrontiert: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Abs. 1 SGB V). Da gerät, zumal in Zeiten finanzieller Engpässe wie heute, jede therapeutische Leistung, die auf mehr denn ausschließlich symptomatische Besserung abzielt, leicht in den Verdacht, „Luxus“ zu sein. Schließlich, und damit kommen wir zur Psychotherapieevaluation zurück, ist auch Psychotherapie konfrontiert mit den Forderungen nach Leitlinien, Evidenzbasierung und Disease-Management, deren gemeinsamer Grundgedanke darin besteht, der besten (im Sinne von wirksamsten/effektivsten/effizientesten) Therapie *für eine spezifische Störung* Geltung zu verschaffen.

Die „randomisierte klinische Prüfung“

Welche Merkmale Evaluationsstudien vom Format einer „randomisierten klinischen Prüfung“ ausmachen, hat Seligman (1995) in seiner Kampfschrift gegen Labor-Studien in einer 8-Punkte-Liste zusammen gefasst:

1. Zufallszuteilung zu Behandlungs- und Kontrollgruppe (Randomisierung),
2. Kontrolle von Placebo-Effekten,
3. Treatment-Standardisierung (Manualisierung) und Sicherung der Treatment-Treue,
4. feste Behandlungsdauer und -dichte,
5. klar operationalisierte Zielgrößen,
6. Einfach-Blindheit (der externen Beurteiler),
7. Störungs-Spezifität und
8. fixer Follow-up-Zeitraum.

Zieht man zum Vergleich heran, welche Anforderungen der WBP nach der neuesten Fassung der „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich Psychotherapie“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2003) an Evaluationsstudien stellt, die nach dem 1. Januar 1990 publiziert wurden, sieht man, dass der WBP dem RCT-Ansatz zwar im Wesentlichen folgt, aber einige Forderungen ganz fallen lässt oder aber sie abmildert. Die Punkte 2, 4 und 6 entfallen beim WBP ganz und bei den Punkten 1 und 3 werden weniger strikte und restriktive Anforderungen gestellt: statt Randomisierung ist auch Parallelisierung zugelassen (Punkt 1) und die Treatment-Integrität kann auch anders belegt werden als durch das Vorliegen und Verfolgen eines Behandlungsmanuals.

Dennoch: Auch in der „milden“ Form des WBP sind Evaluationen im RCT-Format für manche psychotherapeutischen Ansätze leichter zu realisieren als für andere, weshalb einige eher als „wirksam/effektiv“ da stehen und andere eher dem Risiko einer folgenreichen Verwechslung ausgesetzt sind: Verfahren, deren Wirksamkeit/Effektivität (noch) nicht nach dem RCT-Format überprüft wurden, gelten nicht etwa bloß als „ungeprüft“, sondern schnell als „unwirksam/ineffektiv“. Man muss künftige Entscheidungen der WBP in seiner neuen personalen Zusammensetzung – der WBP-Kritiker Kriz ist ja nun selbst Mitglied – abwarten, um zu sehen, mit welchem methodischen Maßstab vorgelegte Evaluationsstudien tatsächlich gemessen werden. Insbesondere darf man gespannt darauf sein, wie die Beurteilung des WBP zur Psychodynamischen Psychotherapie als *Langzeitbehandlung* (über 100 Stunden) ausfallen wird; man vergleiche dazu die Dokumentation, die in *Forum der Psychoanalyse* Heft 1/2004 veröffentlicht wurde, sowie einzelne gesonderte Evaluationen (Brockmann et al. 2002; Hartmann & Zepf, 2004; Leuzinger-Bohleber et al., 2001; Rudolf et al., 2003; Sandel et al., 2001).

Die zuletzt genannten Evaluationsstudien zur Psychodynamischen Psychotherapie haben den großen Vorteil,

Effektivitäts-Studien unter Feld-Bedingungen zu sein, während die RCTs meist *Wirksamkeits-Studien* unter Labor-Bedingungen darstellen (vgl. ausführlich Heekerens & Ohling, im Druck 2). Diese Studien können in Anlage, Durchführung und Finanzierung Modellfunktion haben; etwa für eine angemessene Form der Evaluation von Klientenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, deren Beweislage den derzeitigen Anforderungen des WBP noch nicht genügen kann (Döpfner, 2003; Heekerens, 2002). Das unlängst in dieser Zeitschrift vorgelegte „Konzept einer Wirksamkeitsstudie der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie bei Kindern mit Angststörungen“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2003) ist ein ermutigendes Beispiel aus diesem Bereich.

Der Klientenzentrierte Ansatz und die WBP-Kriterien

In der Humanistischen Psychotherapie gibt es seit dem frühen Rogers eine Tradition, Psychotherapieevaluation auch nach dem naturwissenschaftlichen Grundmodell zu betreiben. In seiner Meta-Analyse zur Wirksamkeit und Effektivität Humanistischer Verfahren beklagt Elliott (2002), dass die nordamerikanischen klientenzentrierten Therapeuten – in der Bundesrepublik war das anders – in den frühen 60ern des letzten Jahrhunderts das Interesse an Outcome-Forschung weitgehend verloren haben. Angesichts der neuen Herausforderungen aber hat die nordamerikanische Humanistische Psychotherapie ihre Anstrengungen in der Evaluationsfrage erneuert und verstärkt; sie hat sogar ein eigenes Forschungsnetzwerk (www.experiential-researchers.org) aufgebaut, was die Ernsthaftigkeit der Bemühungen unterstreicht.

Während früher die Evaluationsforschung ganz überwiegend durch den klientenzentrierten Flügel – und mit einem hohen Anteil aus der Bundesrepublik – getragen wurde, leistet heute der *experienzielle Flügel* – das aber auch nur in Nordamerika – einen bedeutenden Beitrag. Als Beispiel ist dafür einmal die Emotions-fokussierte Paartherapie

(Heekerens & Ohling, im Druck 1) zu nennen. Als der WBP im Jahre 2002 den Nachantrag der Gesprächspsychotherapie positiv beschied, wurde dabei eine Evaluationsstudie zur Emotions-fokussierten Therapie (Paivio & Nieuwenhuis, 2001) mit in die Waagschale geworfen. Und in einer Evaluationsstudie, die die WBP-Anforderungen mehr als erfüllt, konnte unlängst gezeigt werden, dass die Prozess-Erlebnis-orientierte Therapie bei der Behandlung rezidivierender depressiver Störungen mindestens so wirksam ist wie die als Bench Mark dienende kognitiv-behaviorale (Watson et al., 2003).

Der relative Mangel an Evaluationsstudien aus der Humanistischen Psychotherapie, die den WBP-Kriterien genügen, hat viele Ursachen. Der zentrale Grund liegt darin, dass der EST-Ansatz mit seinem RCT-Format selbst in „milderer“ Spielart paradigmatisch nicht mit der humanistischen Theorie und Praxis kongruent ist. Das hat jenseits des Atlantiks die Sektion „Humanistische Psychologie“ der APA in ihrem Positionspapier (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003) festgehalten, in Deutschland etwa hat Kriz entsprechendes mit seinem Grundsatzartikel (Kriz, 2003) geleistet. In beiden Fällen wird aber auch betont, dass aus legitimatorischen Gründen der Wirksamkeits- und Effektivitätsnachweis auch humanistischer Verfahren nach dem EST-Ansatz zu erfolgen habe: „Forschungspolitisch müssen die realen Machtkonstellationen und das Vorherrschen einer empirisch-reduktionistischen Sichtweise berücksichtigt werden“ (Kriz, 2003).

Schlussbemerkungen

In seiner letzten offiziellen Verlautbarung als scheidender Präsident der APA hat sich Seligman (1998) noch einmal grundlegend zum Thema „Psychotherapie“ geäußert. Seine zentrale Botschaft lautet: Psychotherapie degeneriere unter den kontextuellen Bedingungen des medizinischen Versorgungssystems zu einer Psychotherapie, die sich ihre Ge-

staltungsmöglichkeiten bald nur noch im Muster des Medizinischen Modells denken kann; Lindern und Heilen hätten sich als beherrschende Grundmetaphern psychotherapeutischen Handelns breit gemacht. Und der EST-Ansatz habe die Frage nach den Wirkungsmöglichkeiten von Psychotherapie auf die Frage reduziert, bei welcher spezifischen Störung, die sich nach DSM-IV (oder ICD-10) ausweisen lässt, ein positiver Effekt zu registrieren ist. Es ist nicht leicht, angesichts und unter den Realbedingungen des Psychotherapeutengesetzes und der Psychotherapierichtlinien eine Vorstellung davon aufrecht zu erhalten, dass Psychotherapie mehr ist als eine bloß kurative Tätigkeit. Sich aus pragmatischen Gründen auf die Vorgaben, wie sie als Eintrittskarte in das Versorgungssystem nach dem SGB V der Zeit gefordert sind, einlassen, ist eine Sache; eine andere, das „Mehr“ nicht zu vergessen, das auch und gerade den Klientenzentrierten Ansatz ausmacht. Sich arrangieren und zugleich sich treu bleiben, auch das ist Beziehungsdefinition.

Bei dem angesprochenen „Mehr“ gibt es Unterschiede zwischen den therapeutischen „Schulen“, und es existiert auch kein normativer Katalog verschiedener Dimensionen psychotherapeutischen Handelns. Aber es gibt einen Vorschlag von Petzold (1980), dessen Sinnhaftigkeit an großen Stichproben von Gestalt- und klientenzentrierten Therapeuten unterschiedlicher (Grund-)Ausbildung und aus verschiedenen Praxiskontexten demonstriert werden konnte (Heekerens, 1985). Dieser Vorschlag soll hier genannt sein, um zu veranschaulichen, was Psychotherapie insgesamt bedeuten kann:

1. Prophylaxe/primäre Prävention,
2. Erhaltung (Konservierung/ Stabilisierung),
3. Restitution/kurative und rehabilitative Arbeit,
4. Entwicklung,
5. Bewältigungshilfe/Coping und
6. Repräsentation/anwaltliche Vertretung der Klienten.

Um nur ein Ergebnis aus dieser Studie zu nennen: Die Dimension „Entwick-

lung“ machte bei den Antwortenden bald ein Viertel ihrer Tätigkeit aus und wurde in diesem Umfang auch als gewollt bezeichnet.

Literatur

- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In J. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213–223). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Berns, U. & Berns, I. (2004). Stellungnahme zu Döpfner (2003). *Psychotherapeutenjournal*, 3, 38–43.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchising of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141–157.
- Borgmann, G. (2004). Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 66–67.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychotherapeut*, 47, 347–355.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504.
- Döpfner, M. (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 258–266.
- Döpfner, M. (2004). Erwidern auf die Stellungnahmen von Fröhlich-Gildhoff und Berns & Berns. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 44–47.
- Dührssen, A. & Jorswiek, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, 166–169.
- Eckert, J. (2002). Gesprächspsychotherapie. Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 331–332.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic psychotherapies: A meta-analysis. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice* (pp. 57–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eysenk, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2004). Stellungnahme zu Döpfner (2003). *Psychotherapeutenjournal*, 3, 34–37.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, G. & Zülów, C. v. (2003). Zum Stand der Wirk-

- samkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34, 197–206.
- Guthrie, E. (2000). Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 177, 131–137.
- Groeger, W.M. (2003). Berufspolitische Weichenstellungen. Anforderungen an eine zeitgemäße psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 267–279.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2004). Verbesserung psychischer Alltagsfunktionen durch Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 27–36.
- Heekerens, H.-P. (1985). Dimensionen therapeutischen Handelns. In H. Petzold & C. Schmidt (Hrsg.), *Gestalttherapie – Wege und Horizonte* (S. 97–113). Paderborn: Junfermann.
- Heekerens, H.-P. (1989). *Familientherapie und Erziehungsberatung*. Heidelberg: Asanger.
- Heekerens, H.-P. (2002). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann u.a. (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 195–207). Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (im Druck 1). *Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Fokussierte Paartherapie*. Person.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (im Druck 2). *Vom Labor ins Feld: die Psychotherapieevaluation geht neue Wege*. *Psychotherapeut*.
- Kriz, J. (2003). 50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke. *Person*, 2, 1–14.
- Lambert, M. J. (2001). The status of empirically supported therapies: Comment on Westen and Morrison's (2001) multidimensional meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 910–913.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, G. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche*, 55, 193–276.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12.
- Messer, S. B. (2001). Empirically supported treatments. What's a nonbehaviorist to do. In B. D. Life (Ed.), *Critical Issues in Psychotherapy. Translating New Ideas Into Practice* (pp. 3–19). Thousand Oaks: Sage.
- Messer, S. B., Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21–25.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contribu-*

- tions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press.
- Paivio, S. C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 115–133.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung.* Weinheim – München: Juventa.
- Petzold, H. (1980). Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen in der Therapie. *Integrative Therapie, 6*, 323–350.
- Prioleau, L., Murdock, M. & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences, 6*, 275–310.
- Rad, M. v., Klug, G. & Huber, D. (2001). Unterwegs zum Wirksamkeitsnachweis von Psychoanalyse und Psychotherapien – Sisyphos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis. Ein Kommentar aus der Sicht der empirischen Psychotherapieforschung. *Psyche, 55*, 311–319.
- Richter, R. (2004). Editorial. *Psychotherapeutenjournal, 3*, 1.
- Rudolf, G., Grande, T., Jakobsen, T., Krawietz, B., Langer, M. & Oberbracht, C. (2003). *Praxisstudie analytische Langzeittherapie.* Unveröffentl. Skript (Foliensatz-Kopie) – Materialien zur Präsentation auf der Tagung „Zur Wirksamkeit von Psychoanalysen und Psychotherapien“ am 18.10.2003 in Heidelberg.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität.* Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos (Kurzfassung unter <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>; zuletzt aufgerufen am 10.04.2004).
- Sandel, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche, 55*, 277–310.
- Seligman, M. E. (1998b). Why therapy works. *APA Monitor, 29* (<http://www.apa.org/monitor/dec98/pc.html>; S. 1–2; zuletzt aufgerufen am 06.03.2004).
- Shapiro, D. (1996). Validated treatments and evidence-based psychological services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*, 256–259.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521–544.
- Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services (2003). *Recommended Principles and Practices for the Provision of Humanistic Psychosocial Services: Alternative to Mandated Practice and Treatment Guidelines* (<http://www.apa.org/divisions/div32/pdf/taskfrev.pdf>; S. 1–38; zuletzt aufgerufen am 27.01.2004).
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist, 48*: 3–23.
- Vossler, A. (2003). Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. & Waehler, C. A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 30*, 197–217.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus ‘other therapies’ for depression. *Journal of Affective Disorders, 68*, 159–165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome-studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes”. *Psychological Bulletin, 122*: 203–215.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 773–781.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 875–899.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (1999). *Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren* (<http://www.wbpsychotherapie.de>; S. 1–4; zuletzt aufgerufen am 10.03.2004).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000). *Gutachten zur Psychodramatherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren* (<http://www.wbpsychotherapie.de>; S. 1–5; zuletzt aufgerufen am 10.03.2004).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2002). *Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie* (<http://www.wbpsychotherapie.de>; S. 1–3; zuletzt aufgerufen am 10.03.2004).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.9.2003)* (<http://www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/Mindestanforderungen.html>; S. 1–3; zuletzt aufgerufen am 10.03.2004).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004a). *Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie.* (<http://www.wbpsychotherapie.de>; zuletzt aufgerufen am 16.01.2005).