

Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)

Volker Tschuschke, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Peter Schulthess, Agnes von Wyl, Rainer Weber

Zusammenfassung

Die Arbeit setzt sich mit der derzeitig kontrovers geführten Debatte um angemessene und notwendige Forschungsdesigns in der Psychotherapie auseinander und bezieht eindeutige Position für einen naturalistischen, prozess-outcome-orientierten Forschungsansatz (practice-based evidence). Am Beispiel des Designs und erster Ergebnisse der PAP-S-Studie der Schweizer Charta für Psychotherapie wird aufgezeigt, wie sinnvolle empirische Forschung in der Psychotherapie erfolgen kann.

Schlüsselwörter

Psychotherapieforschung, Wirksamkeit von Psychotherapie, naturalistische Psychotherapiestudie, ambulante Psychotherapie, Prozess-Ergebnis-Forschung

Die Psychotherapie sieht sich derzeit weltweit bedeutsamen Herausforderungen ausgesetzt, die vor allem die Frage eines angemessenen Nachweises ihrer Wirksamkeit betrifft. Die Verwissenschaftlichung der Medizin – und die Psychotherapie gehört als Teilgebiet zur Medizin – steht seit dem Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts unter dem Zeichen der sogenannten *Evidence-Based Medicine (EBM)*, die auf ausschließliche Anerkennung von *empirically supported treatments (EST)* zielt (Henningsen u. Rudolf, 2000; Norcross et al., 2006; Tschuschke, 2005).

Das Ziel ist unumstritten: objektive, verlässliche Erkenntnisse über medizinische (hier psychotherapeutische) Wirkungen sind erforderlich zum Wohle von Patienten, moderne Behandlungen am Menschen benötigen wissenschaftlich verlässlicher Erkenntnisse. Die Zeiten des Entwurfs großer therapeutischer Theorien und Konzepte dürfte vorbei sein, es geht heute darum, die Spreu vom Weizen zu trennen („Evidenz statt Eminenz“) und die Ingredienzen psychotherapeutischer Behandlungsentwürfe auf ihre spezifischen Wirkungen im Hinblick auf positive Effekte hin zu überprüfen. Dass Medizin wie Psychotherapie objektiv-wissenschaftlicher Fundierung benötigen, ist heute nicht mehr verhandelbar.

Historische Hintergründe

Ein kurzer geschichtlicher Abriss weist die ersten Bemühungen um eine Verwissenschaftlichung in der Medizin aus als gekennzeichnet durch Entwicklungen im frühen 20. Jahrhundert, beginnend

mit dem *Flexner Report* (Duncan u. Miller, 2006; Flexner 2010), der für eine curricular vereinheitlichte Mediziner-Ausbildung in den USA und Kanada stand. Die ersten randomisiert-kontrollierten Studien in der Medizin wurden dann unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg durchgeführt und die Einsetzung der *Food and Drug Administration (FDA)* in den USA sollte dazu führen, dass Sicherheit und Wirksamkeit von medizinischen Interventionsmaßnahmen regelmäßig überprüft würden (Norcross et al., 2006). Die Medizinalisierung psychischer Erkrankungen wurde durch die *Boulder Conference* in 1949 auf den Weg gebracht (Duncan und Miller, 2006), was nicht uneingeschränkt die Zustimmung aller fand und heute weitgehend zu einem großen Problem für die Psychotherapie geworden ist, was im Weiteren noch ausführlich zu diskutieren sein wird.

Das mächtige *National Institute of Mental Health (NIMH)* in den USA adoptierte bald nach der historischen *Boulder Conference* das gleiche methodologische Forschungsprinzip, wie es in der Pharmaforschung zu finden ist – den randomisiert-kontrollierten Versuch (*randomized controlled trial* = *RCT*), was implizierte, dass Studien manualisierte psychologische oder psychiatrische Behandlung miteinschließen mussten wie auch DSM-definierte psychische Störungsbilder (Duncan und Miller, 2006). Mit der Entscheidung der *American Psychiatric Association (APA)*, Leitlinien für die Behandlung psychischer Störungen zu entwickeln – beginnend 1993 mit „major depression“ und „Essstörungen“ – erreichte die Manualisierungsbewegung einen neuen Impuls.

Die *American Psychological Association (APA, Division 12: Society of Clinical Psychology)* jedoch suchte sich von vermeintlich medizinisch dominierten psychiatrischen Leitlinien abzugrenzen und forderte das Recht von Patienten ein, die einen Anspruch auf empirisch validierte Behandlungen hätten. Anstelle von klinischem Konsens zog die Task Force der Division 12 Regeln heran, die manualisierte Therapien und das RCT-Paradigma für unverzichtbar erklärte. Dass damit erst recht einer Medizinalisierung in der Psychotherapie entgegen gearbeitet wurde, war offenbar ganz bewusst und gewollt. Welch „faustischen Pakt“ (Duncan und Miller, 2006, S. 140) die Psychotherapie jedoch mit dem medizinischen Modell einging, dürfte in ihrer tiefen Tragweite nicht verstanden worden sein – und wird es heute leider immer noch nicht (Tschuschke, 2005) (s. auch im Folgenden).

Als ungemein wichtig für die Beurteilung der beschleunigt einseitigen Entwicklung einer medizinalisierten, technisierten Auffassung von Psychotherapie muss die Entwicklung eines ökonomisch orientierten Gesundheitssystems – der sogenannten *Managed Care* - in den USA angesehen werden. Dieser „Fehlweg“ in der Medizin (Reed, 2006, S. 42) zielt auf allein ökonomisch motivierte Denkweisen und hat nicht das Wohlergehen von Patienten im Sinn., sondern ausschließlich Kostenreduktion, was in der Psychotherapie-Debatte sogar zu der perversen

Sichtweise geführt hat, psychotherapeutische Langzeitbehandlung sei „unethisch“ (Shaw-Austad, 1996). In diesem Denken findet sich kein Platz für chronisch psychisch gestörten, deren Behandlungserfolg es z.B. wäre, überhaupt am Leben bleiben zu können und keineswegs eine *restitutio ad integrum* (was die RCT-Forschung ausschließlich verfolgt). Dabei ist der Großteil der psychisch Kranken als chronisch anzusehen (Reed, 2006).

Kontroverse Debatte über Psychotherapieforschung

Wenn auch das Ziel ein gemeinsames ist: nämlich psychotherapeutische Behandlungen auf evidenzbasierte wissenschaftliche Grundlagen zu stellen, so ist der Weg zur Ermittlung der Wirkweise von Psychotherapien allerdings heiß umstritten. Zwei Lager stehen sich – anscheinend unversöhnlich - gegenüber. Vertreter einer labororientierten Psychotherapieforschung (*efficacy studies*) halten strikt am RCT-Paradigma fest und behandeln diesen Teilaspekt einer insgesamt differenzierter angelegten EBM als den ganz offensichtlich nicht verhandelbaren Punkt und missachten weitere EBM-Aspekte flagrant (vgl. Leichsenring, 2004). Zwar wird immer wieder betont (z.B. der deutsche *Beirat für Psychotherapie*), man halte nicht ausschließlich am RCT-Paradigma (Level I des EBM-Schemas) fest, die Praxis der Anerkennung von Psychotherapieverfahren und die in namhaften Journals gehandhabte Publikationspraxis jedoch entlarvt diese Argumentation als hohl und weist die derzeitige Praxis der Handhabung der EBM in der Psychotherapie als „Pervertierung der EBM-Konzeption“ (Kriz, 2009, S. 95) aus.

Dagegen stehen die Befürworter einer naturalistischen Psychotherapieforschung (*effectiveness studies*) einer Manualisierung und dem RCT-Paradigma ablehnend gegenüber; sie votieren für eine im realen therapeutischen Setting erfolgende „naturalistische“ empirische Forschung, die empirische Prozess-Ergebnisforschung miteinschließen müsste (vgl. Tschuschke, 2005). Die Argumente pro und contra eine RCT-geleitete, manualisierte Psychotherapieforschung lassen sich wie folgt zusammenfassen.

RCT-Paradigma

Die RCT-Befürworter – fast sämtliche Studien wurden mit behavioralen und kognitiv-behavioralen Therapien durchgeführt – postulieren als wissenschaftlich einzig möglichen Weg das RCT-Paradigma. Nach diesem Forschungsprinzip muss sichergestellt werden, dass eine einzige Variable manipuliert werden darf (die sogenannte unabhängige Variable) und alle anderen „kontrolliert“ werden, d.h. dass deren Einfluss konstant in beiden Versuchsbedingungen (Interventions- und Kontrollgruppe) gehalten werden muss. In der sogenannten *Experimentalgruppe* (in Psychotherapiestudien die Behandlungstechnik bzw. das –konzept) würde also die Therapietechnik als vermutetes wirksames Ingrediens (analog zum Verum in der

Pharmaforschung, dort der Wirkstoff des neuen Medikaments) eingesetzt werden, während in der sogenannten *Kontrollgruppe* keine Therapie (etwa Wartegruppe), eine wenig spezifische oder unspezifische Therapie eingesetzt werden würde. Alle anderen Bedingungen müssten gleich bleiben: etwa Dosis (Sitzungszahl) der Behandlung, Therapeutenqualifikation und –erfahrung, zufällige (blinde) Aufteilung der Studienpatienten auf Interventions- und Kontrollgruppen, Störungsbild. Das Störungsbild muss eindeutig diagnostizierbar sein anhand von DSM- oder ICD-Glossaren. Was wiederum bedeutet, dass es sich um eine einzige Diagnose (etwa Angst- u. Panikstörungen oder Depression) handelt. Typischerweise finden solche RCT-Studien vollständig blind für andere Therapie-Ingredienzen statt, sind als pure Prä-Post-Studien (manchmal zusätzlich Katamnese-Studien) angelegt und sagen nichts über den Behandlungsprozess aus.

Dass die Therapietechnik konform mit einem zugrunde liegenden Therapiekonzept (-theorie) real appliziert wird, wird in der Regel über ein Therapeuten-Training anhand eines Manuals sichergestellt. Die sogenannte *Adherence* des Therapeuten (Manualtreue) wird zuweilen in Studien stichprobenartig überprüft. Manuale werden als hilfreicher Weg gesehen, strukturelle und konzeptionelle Grenzen der Behandlung zu beschreiben, sie seien keineswegs beschränkt auf Technikimplementierung, sondern lieferten dem Therapeuten eine Orientierung, seine Konzepttreue (Adherence) zu beobachten (Addis und Cardemil, 2006). Entsprechend dem Paradigma aus der Pharmaforschung muss einzig die vom Therapeuten eingesetzte Technik (basierend auf dem zur Anwendung kommen sollenden Konzept) für den psychotherapeutischen Erfolg verantwortlich sein. Man sieht hier eindeutig, dass dieser Ansatz einzig und allein das therapeutische Konzept und dessen Realisierung über die eingesetzte Technik als relevant erachtet.

Ein signifikant besseres Therapieergebnis für die Experimental- bzw. Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe – meist über die Reduktion der Symptomatik ermittelt – würde dann die applizierte spezifische Psychotherapietechnik als wissenschaftlich nachgewiesen (evidenzbasiert) wirksam kennzeichnen.

Kritik am RCT-Standard

Die Kritiker des RCT-Paradigmas – der von seinen Apologeten als „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung bezeichnet wird – sehen eine veritable Reihe von Kritikpunkten, weshalb der RCT-Ansatz ein Irrweg für die Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin sei.

1 Forschungsbias

Es ist erwiesen, dass es eine hochsignifikant positive Korrelation ($> .80$) zwischen bevorzugtem Therapiemodell der Forscher und dem in den Studien erfolgreichen Therapiemodell gibt

(Luborsky et al., 1999). RCT-Forschungen basieren zu über 90% auf behavioralen bzw. kognitiv-behavioralen Therapieverfahren; sie finden fast vollständig an verhaltenstherapeutischen Zentren und Instituten statt.

2 Patienten-Ausschluss aus EST-Studien

Bis zu zwei Drittel aller für Studien in Frage kommenden Patienten (die sich mit Angststörungen oder Depressionen z.B. präsentieren) werden aufgrund von rigiden diagnostischen Einschlusskriterien von den RCT-Studien ausgeschlossen, d.h. sie sind diagnostisch gesehen nicht „rein“ genug für die Studien. Je mehr Patienten ausgeschlossen werden, als desto erfolgreicher erweisen sich dann die Therapien (Messer, 2004). EST-Studien (alle gekennzeichnet durch das RCT-Paradigma) basieren also auf extrem selektierten Patientengruppen. Für ko-morbide Patienten bleibt in diesen Studien kein Platz; damit bleibt der Normalfall der in den Behandlungspraxen vorstellig werdenden Patienten ausgeklammert.

3 EST-Studien haben kaum nachhaltige Effekte

In EST- bzw. RCT-Studien werden fast ausschließlich Patienten mit bestimmten Angststörungen (Phobien, generalisierte Angststörung) und Patienten mit Depressionen untersucht. Der durchschnittliche Patient dieser Studien behält eine milde, gleichwohl klinisch signifikante Symptomatik nach der Behandlung in einer EST-Studie (Westen und Morrison, 2001). Nur ca. 40% aller Patienten profitieren, von den depressiven Patienten sogar nur 37%, bezieht man die Abbrecher mit ein, dann reduziert sich die Erfolgsquote auf nur noch 27%. Über 50% suchen in einem Zeitraum von zwei Jahren nach einer EST-Behandlung eine neue Therapie-Hilfe (Messer, 2004).

4 Effekte der Vergleichsstudien

Die rigide Auswahl an diagnostischen Gruppen führt in Vergleichsstudien dazu, dass viele sogenannte *bona fide* Behandlungen (Wampold, 2001) (Behandlungen, die nicht RCT-Studien vorweisen können [oder wollen], die gleichwohl einen umfangreichen, festen Kanon an theoretischen Grundannahmen haben, lange bereits praktiziert werden und eine lange empirische Forschungstradition aufweisen, aber das RCT-Paradigma ablehnen, z.B. psychodynamische, klientenzentrierte, Familientherapie) im Direktvergleich mit behavioralen oder kognitiv-behavioralen Therapien nicht berücksichtigt werden, eben weil sie gemischte Störungsbilder behandeln (z.B. Anpassungsstörungen, major depression und Angststörungen kombiniert). Vergleicht man sie aber doch mit den behavioralen/kognitiv-behavioralen Behandlungen, dann

ergeben sich aus den 49 EST-Studien, die von der Task Force (Chambless et al., 1996) aufgelistet wurden, in 41 Fällen vergleichbare Effekte (Messer, 2004).

5 Randomisierung

Patienten lassen sich nicht einfach per Zufall (Randomisation) Behandlungen bzw. Nicht-Behandlungen zuweisen. Das ist in jedem Falle unethisch. Man kann keinem leidenden Menschen direkte Hilfe verweigern, das würde im Übrigen heutzutage auch keine Ethik-Kommission mehr dulden. Darüber hinaus haben sehr viele Patienten Voreinstellungen: sie präferieren – aufgrund welcher Tatsache auch immer – häufig genug bestimmte Behandlungen. Der mittlerweile verfügbare wissenschaftlich-methodische Kanon verfügt im Weiteren über zahlreiche indikative und prognostische Tests und Verfahren, deren Ergebnisse es verbieten würden, Patienten dann noch Behandlungen zuzuführen, von denen sie höchstwahrscheinlich nicht profitieren würden (z.B. Eckert, 2009).

6 Kontrollierte Studien

EST-Studien mit ihrem RCT-Paradigma wollen suggerieren, dass alle anderen möglichen beeinflussenden Variablen – außer der einen unabhängigen, nämlich der eingesetzten therapeutischen Behandlung – „kontrolliert“, d.h. in beiden Bedingungen (Interventions- u. Kontrollgruppe) gleich gehalten werden und dass keine andere Variable als die unabhängige für die psychotherapeutische Veränderung des Patienten verantwortlich sein kann. Weitere unbekannte, die Veränderung möglicherweise moderierende, Variablen werden als „kontrolliert“ ausgeschlossen. Die Absurdität dieser Annahme wird allein daraus schon ersichtlich, dass ein Mensch 168 Wochenstunden Lebenszeit hat, von denen er eine oder zwei Stunden in die Therapie geht. D.h. mindestens 166 Stunden ist dieser Patient nicht unter Kontrolle, er ist Hunderten von Situationen und Reizen ausgesetzt, er erlebt positive oder negative Lebensereignisse, mehr oder weniger dramatischer Art, die ihn alle beeinflussen. Und jeder Patient einer Studie hat sein individuelles Lebens-Universum, nicht vergleichbar mit irgendeinem anderen Menschen. Man fragt sich, was dann eigentlich „kontrolliert“ wird in solchen Studien, wenn nichts am (Er)Leben der Therapie-Patienten einer Studie kontrolliert werden kann? Man kann vielleicht Labormäuse oder Ratten in Studien kontrollieren, indem man ihnen nur bestimmte Nahrung oder Medikamente zukommen lässt und ihre Lebensbedingungen zwischen Versuchen in ihrem Käfig konstant hielte. Menschliche Therapiepatienten würden wohl nur dann an wirklich „kontrollierten“ Studien teilnehmen, wenn man sie 166 Stunden die Woche in eine reizarme Zelle sperrte und nur zu den zwei Therapie-Sitzungen hinaus ließe.

7 Manualisierte Therapien

Duncan und Miller (2006) kritisieren den manualisierten Behandlungsansatz als einschränkende, nicht adäquate Sicht auf die therapeutischen Prozesse, darüber hinaus zitieren sie zahlreiche Studien, die statistisch keine Überlegenheit der manualisierten Ansätze erbrächten, und das alles bei deutlich unter 10% Varianzaufklärung (beim Therapieerfolg) durch die eingesetzte therapeutische Technik. Es gäbe sogar empirische Hinweise auf die Schädlichkeit einer manualisierten therapeutischen Behandlung.

Es ist bezeichnend, dass verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapieforscher die Worte eines der Grandseigneurs der Verhaltenstherapie, Aaron T. Beck, missachten: „Man kann ebenso wenig kognitive Therapie nach dem Manual ausführen, wie eine OP nach dem Manual.“ (Beck, 2000). Die wichtigere therapeutische Beziehung, die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten (weit mehr Bedeutung in der Psychotherapie) werden missachtet, stattdessen wird eine technische Operation vorgenommen. Genau dies aber ist nicht Psychotherapie.

8 Varianzaufklärung und EST- bzw. RCT-Studien

Es besteht unter Psychotherapieforschern kein Dissens darüber, dass die eigentliche therapeutische Behandlungstechnik lediglich wenig der Ergebnis-Varianz aufklärt. Die höchsten Zahlen gehen von 15% (Assay und Lambert, 1999), die niedrigsten von 1% (Wampold, 2001) aus. Dem entspricht das *Dodo Bird Verdict* der Therapieforschung („all have won and all must have prizes“). Es gibt keine unterschiedlich wirksamen Therapieverfahren, sofern man professionell erfahrene Psychotherapeuten und ‚echte‘ Patienten in Studien berücksichtigt. Wampold et al. (1997) untersuchten 277 Forschungsstudien zwischen 1977 und 1995 und fanden keine Überlegenheit irgendeiner Therapierichtung. Die *Human Affairs International Real-World-Study* (Brown et al., 1999) umfasste mehr als 2.000 Psychotherapeuten und 20.000 Patienten bzw. Klienten und fand zwischen 13 unterschiedlichen Therapiekonzepten, einschließlich Medikationen und familientherapeutischen Ansätzen keine differenziellen Therapie-Outcomes. Das *Dodo Bird Verdict* – hierzulande als Äquivalenzparadox der Therapieforschung bekannt, wonach kein Konzept der Psychotherapie anderen Behandlungskonzepten generell überlegen ist – ist eines der gesichertsten Ergebnisse der Psychotherapieforschung (Lambert und Ogles, 2004).

Wenn lediglich 1% – 15% Varianzaufklärung der therapeutischen Technik zukommen, aber 7% der therapeutischen Beziehung (die in den EST-Studien nicht untersucht wird), 40% sogar den Patienten-Variablen (Therapieeignung, Behandlungsmotivation, Störungsspezifität, Leidensdruck etc.) und den extratherapeutischen Variablen insgesamt rund 87% (inklusive Pat.-Variablen)

(Wampold, 2001), dann muss man mit Erstaunen feststellen, dass sich EST- bzw. RCT-Studien um die 1% - 15% Varianz drehen (therapeutische Technik), aber sämtliche anderen Aspekte völlig außer Acht lassen!

9 Fazit

EST-/RCT-Studien in der Psychotherapieforschung sagen nicht nur nichts über Psychotherapie aus, sie sind im Gegenteil gefährlich, weil vollständig in die Irre führend! Gerade EST-/RCT-Studien liefern ein vollständig verzerrtes Bild professioneller, seriöser Psychotherapie, weil sie nur Verzerrtes über psychotherapeutische Wirklichkeiten wiedergeben:

- Forscherbias führt unbewusst oder bewusst zu manipulierten Studien aufgrund eigener Präferenzen in den meisten Studien
- keine repräsentativen Patienten, die psychotherapeutische Behandlung suchen, im Gegenteil sind sie gerade nicht repräsentativ (keine externe Validität)
- die komplexen Störungsbilder der „normalen“ in therapeutischen Praxen auftauchenden Patienten (Komorbiditäten) werden und wurden in der RCT-Forschung ausgeklammert (keine externe Validität)
- kontrollierte Studien (Kontrollen von Einfluss-Variablen) sind nicht möglich (von daher keine interne Validität)
- Zwischenfazit: damit ist in RCT-(EST-)Studien überhaupt keine Validität gegeben
- Randomisierungen sind eigentlich nicht möglich, werden sie dennoch durchgeführt, sind sie mindestens unethisch
- Placebo-Kontrolle ist in der Psychotherapie nicht möglich (Doppelblind-Studien erst recht nicht)
- keine Überlegenheit der EST-/RCT-Studien über *bona fide*-Studien
- manualisierte psychotherapeutische Behandlung kann nicht sinnvoll und wirksam sein, da sie die freie, spontan erforderliche Intervention verunmöglicht und weil sie ein Konzept eines genormten Patienten zugrunde legt und des Therapeuten Beziehung zum Manual höher gewichtet als die zum Patienten, weil sie Psychotherapie wie eine Operationstechnik, wie eine Pille ansieht, die dem Patienten zum vorgeschriebenen Zeitpunkt zu applizieren sei
- EST-/RCT-Studien decken lediglich therapeutische Technik ab, die für lediglich 1% - 15% der Outcome-Varianz psychotherapeutischer Wirkungen steht, mithin machen EST-/RCT-Studien theoretisch auch nur Aussagen zu einem verschwindend geringen Bereich psychotherapeutischer Wirkungen und blenden 85% - 99% möglicher Einflüsse aus

Es muss daher festgehalten werden: EST-/RCT-Studien sind per definitionem unvalide, weil sie prinzipiell falsche Ergebnisse liefern, da sie aufgrund der dargelegten Defizite keine validen Ergebnisse liefern können. Wenn das der größte Fundus der empirischen, evidenzbasierten Psychotherapieforschung ist, dann wissen wir nichts über ihre Wirksamkeit. Speziell wissen wir nichts über die wahren Ingredienzen der therapeutischen Behandlungen, weil wir keine *Prozessforschung* unternehmen, um die tatsächlich wirksamen Veränderungsmechanismen zu

entdecken.

Das medizinische Modell taugt nicht für die Psychotherapie. RCT-Studien in der Psychotherapieforschung sind *unterkomplex* (Henningsen und Rudolf, 2000). Sie bilden nicht den Prozess der Veränderung ab und sagen nichts zur Wirksamkeit von Psychotherapie aus, weil sich ja gerade das Verum (die verändernden Ingredienzen) aus vielfältigen Variablen *während* der Behandlung ergibt, die sämtlich kontrolliert werden müssen, was konkret bedeutet: es muss aufwendige *Prozess-Ergebnisforschung* betrieben werden. Die Psychotherapie sollte sich nicht den anderen medizinischen Disziplinen anbieten in einer vermeintlichen (falsch verstandenen) Wissenschaftlichkeit (die in Wahrheit keine ist). Sie hat einen komplexeren Gegenstand als z.B. die Pharmaforschung; entsprechend komplex muss ihre Forschung sein und kann sich mit dem defizitären Forschungs-Paradigma der Medizin nicht zufrieden geben.

Naturalistische Therapieforschung (effectiveness studies)

Psychotherapie ist höchst komplex. Es dürfte keine andere medizinische Disziplin derartig komplex sein wie durch zwischenmenschliche Beziehung und Arbeit verändertes menschlichen Denken und Empfinden. Bereits von daher verbietet es sich, ein derartig reduktionistisches Paradigma wie die RCT-Forschung einzusetzen. Der *Ein-Variablen-Ansatz* in der Psychotherapie ist absurd.

Als einzig gangbarer Weg erscheint die aufwendige *Prozess-Ergebnisforschung*. Eine systematische, kontinuierliche Untersuchung der hochkomplexen Therapiesituation – über sehr viele Patienten-Therapeuten-Paare und mannigfache Störungsbilder (Komorbidität berücksichtigend) und im natürlichen Setting real stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen, ohne irgendwie geartete Einschränkungen bzw. Auflagen bezüglich des Zustandekommens oder des sich manifestierenden Arbeitsprozesses, unter Kontrolle des vom Therapeuten realisierten Behandlungskonzepts (schultreu, eklektisch, unspezifisch) – würde in der Akkumulation der Ergebnisse verlässliche Aufschlüsse darüber liefern,

- welcher Patient (Bildung, Alter, Geschlecht, welche Vorerfahrung)
- mit welcher Störung bzw. welchem komplexen Störungsbild
- bei welchen Therapeuten (Erfahrung, relevante Merkmale),
- bei wie arbeitenden Therapeuten,
- ab welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung,
- aufgrund welcher Beziehungsentwicklung
- und aufgrund welcher Interventionen
- sich in welchen Bereichen dauerhaft
- und in welcher Art verändert (mit welchen Auswirkungen) bzw. sich nicht verändert,
- und was das Ganze mit Therapieerfolg (katamnestisch gesichert) bzw. –misserfolg zu tun hat.

Um das alles einschätzen zu können, bedarf es selbstverständlich systematischer Aufzeichnungen der Therapiesitzungen (Ton- bzw. Videoaufzeichnungen) und methodisch anerkannte Prozess- und Outcome-Messverfahren sowie trainierte Rater, die sowohl objektiv und reliabel Verfahren der Outcome-Batterie einsetzen wie auch Prozessratings durchführen könnten. Rein gar nichts spricht dafür, dass Psychotherapieforschung kostengünstiger sein könnte als Forschung in irgendeinem anderen Bereich der Medizin. Im Gegenteil dürfte gerade der hohe Komplexitätsgrad mitentscheidend dafür gewesen sein, dass so wenig sicher Gewusstes in der Psychotherapieforschung (außer dass professionelle Psychotherapie mehr Nutzen bringt als keine Behandlung) vorliegt. Was im Übrigen auch dafür spricht, dass die bisherige Forschung aufgrund ihrer Unterkomplexität nicht zu einem Erkenntnisgewinn beigetragen hat.

1 Die *PAP - S-Studie*

Elf psychotherapeutische Verbände bzw. Schulen haben sich unter dem Dach der *Schweizer Charta für Psychotherapie* (www.psychotherapiecharta.ch) bereit gefunden, an einer empirischen, naturalistischen Studie zur Wirksamkeit ihrer Behandlungen teilzunehmen. Diesem Entschluss im Jahre 2004 gingen jahrelange Überlegungen voraus, ob und – falls so - wie eine empirische Evaluation stattfinden sollte. Drei Jahre lang wurden umfangreiche Design-Planungen vorgenommen, bis die Studie am 1. März 2007 startete, wissenschaftlich geleitet von der *Abteilung für Medizinische Psychologie der Universität zu Köln* (Leitung: Univ.-Prof. Dr. Volker Tschuschke) und das *Departement für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften* (seinerzeit Prof. Dr. Hugo Grünwald, seit 2009 Dr. Agnes von Wyl).

Die Finanzierung erfolgt teilweise über die an der Studie teilnehmenden Institute und andererseits über Gelder des Kantons Zürich, sowie über eine grosszügige private Spende einer unbekannten, von der Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich vermittelten Person.

Die *PAP - S-Studie* (**P**sychotherapiestudie **A**mbulante **P**sychotherapie - **S**chweiz) ist als *Prozess-Ergebnis-Studie* angelegt. Neben einer umfangreichen Outcome-Batterie (Tests und objektive Experten-Diagnostik und –Ratings) werden jede fünfte Sitzung die therapeutische Beziehung (*Klientenstundenbogen*, *Helping Alliance Questionnaire* sowie *OQ-45*) (zu den Details vgl. Grünwald et al., 2007) erhoben. Außerdem werden drei Stichproben der regelmäßig (jede Sitzung) erfolgenden Tonband-Mitschnitte aller Sitzungen im Therapieverlauf gezogen, um die Inhalte auf *Konzept-Adherence* zu überprüfen. Hierfür wurde eigens ein Rating-Manual entwickelt, in das jede Therapieschule mindestens 10 schulenspezifische Interventionstechniken definieren und operationalisieren musste.

Tabelle 1 zeigt die ersten Zwischenauswertungen (Stand: Mai 2009).

	Anzahl
teilnehmende Verbände der Schweizer Charta	11
kooperierende Therapeuten	67
Patienten in der Studie	239
abgeschlossene Therapien/komplette Datensätze	77/30

Tab. 1: Stand der Erhebung im Mai 2009

Angezielt sind mindestens 500 Patienten in der Studie, um einerseits eine institutsspezifische Auswertung vornehmen zu können, und andererseits, um eine statistisch ausreichende Anzahl an Patienten pro sogenanntem *Mainstream* (humanistische, psychodynamische, körperbezogene Therapieverfahren) zu erhalten, um die vergleichende Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Ansätze bei vergleichbarem Patienten-Klientel einschätzen zu können. Folgende Institute nehmen an der Studie teil.

Institute/Verbände und ihre Studienpatienten	N = 239	%
Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (franz.) ASAT	30	12,6
Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie FG-POP	35	14,6
Institut für Integrative Körperpsychotherapie IBP	81	33,9
Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie IGEAP	11	4,6
Inst. für Logotherapie u. Existenzanalyse, Chur ILE	9	3,8
Institut für Kunst- und Ausdrucksorientierte Psychotherapie ISIS	11	4,6
Psychoanalyse PA	6	2,5
Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie SGAP	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie SGBAT	12	5,0
Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse SGTA	16	6,7
Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie SVG(G)	16	6,7

Tab. 2: Teilnehmende Institute und Patientenzahlen (Stand: Mai 2009)

Trotz intensiver Bemühungen gelang es bislang nicht, Verhaltenstherapeuten, systemische und person-zentrierte Therapeuten in die Studie einzubeziehen. Tabelle 2 zeigt, dass es einige Institute bislang besser organisieren konnten, Therapeuten und Patienten in die Studie einzubringen.

	n	%
weiblich	147	61,5
männlich	80	33,5
fehlend	12	5,0
Gesamt	239	100

Tab. 3: Geschlecht Patienten (Mai 2009)

Die übliche Zweidrittel-Verteilung (weiblich) zeigt sich auch in unserer Studie angenähert. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 40,1 Jahren (SD = 11,7), zwischen 19 und 72 Jahren.

Höchster Bildungsabschluss	N	Gültige %
ohne Abschluss	1	0,4
obligatorische Volksschule	17	7,1
Lehr- oder Berufsschule	90	37,9
Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Lehrermaturität	35	14,6
höhere Fachschule, Fachhochschule	43	18,0
universitäre Hochschule	42	17,6
fehlend	11	4,6
Gesamt	239	100

Tab. 4: Soziale Schichtzugehörigkeit (Mai 2009)

Insgesamt lässt sich die bisherige Stichproben-Klientel als leicht überdurchschnittlich gebildet beschreiben (über 50% gehobene Bildung).

ICD-10 Hauptdiagnose	N	G%
F10-F09 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4	1,7
F30-F39 Affektive Störungen	85	35,6
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	91	38,1
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	6	2,5
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24	10,0
F70-F79 Intelligenzstörung	2	0,8
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	4	1,7
Gesamt	216	90,4
Fehlend	23	9,6
Gesamt	239	100

Tab. 5: Diagnosen zum Therapieeintritt (Mai 2009)

Tabelle 5 weist aus, dass über 80% des bisher in die Studie aufgenommenen Patienten-Klientels depressive oder andere neurotische Störungsbilder aufweisen und relativ seltener Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 6 veranschaulicht die ersten Behandlungs-Ergebnisse für die Ergebnis-Batterie auf einer

Prä-Post-Basis.

Outcome-Tests	Prä	SD	Post	SD	p
BSI (n=29)	0,67	0,40	0,28	0,28	.000
BDI (n=30)	12,59	8,76	5,87	7,00	.000
OQ sym	30,70	11,14	20,74	22,40	.017
OQ ip	14,17	6,13	9,06	7,09	.000
OQ soro	10,96	4,18	8,28	6,00	.015
OQ total (n=33)	55,85	18,35	38,09	31,70	.004
GAF (n=34)	60,73	11,13	76,47	15,02	.000

Tab. 6: Outcome-Prä-Post (Mai 2009)

Demnach sind die ersten ca. 30 Patienten, deren Behandlung abgeschlossen war, vergleichsweise nicht sehr belastet, was die Symptombelastung (*BSI*) angeht. Dennoch zeigen sich hoch signifikante Abnahmen der gesamten Symptombelastung während der Behandlung. Gleiches gilt für den Depressionsbereich (*BDI*). Der *Outcome-Questionnaire* (*OQ*) weist für Symptombelastung, soziale Rollenfunktionen und interpersonelle Gestörtheit ebenfalls z.T. hochsignifikante Verbesserungen nach. Auch die Einschätzung der Therapeuten (*GAF*) zeigt über 34 Patienten eine durchschnittlich hochsignifikante Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus. Damit lassen sich für die ersten 29 bis 34 Patienten, die ihre Behandlung vollständig durchlaufen haben, über die vier genannten Ergebnis-Tests und für die unterschiedlichen Behandlungsformen bedeutsame Verbesserungen nachweisen, deren Nachhaltigkeit in der Katamnese überprüft werden müssen. Vergleichende Untersuchungen werden die jeweiligen Therapie-Effekte in verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten einzuschätzen gestatten.

OQ-Gesamtwert und HAQ-Pat und HAQ-The –Beziehungszufriedenheit

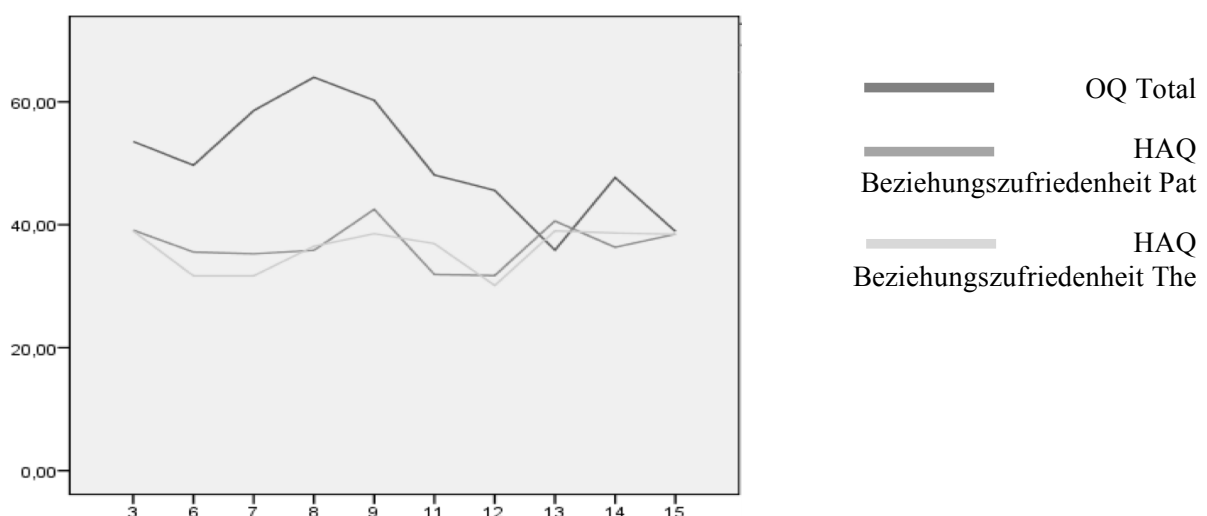


Abb. 1: Beschwerdeverlust und therapeutische Beziehung

Hierbei werden *Zeit-Dosis-Wirkungsbeziehungen* betrachtet werden können, die auch *prozessbedingte* Besonderheiten (therapeutische Beziehung, Symptomverlust etc.) erfassen, um bei vergleichbaren Patienten (Störung, Diagnose etc.) differenzielle Ansprechbarkeiten (oder Nicht-Ansprechbarkeiten) spezifischer psychotherapeutischer Konzepte untersuchen zu können.

Abbildung 1 verdeutlicht am Beispiel des Prozesses einer Behandlung Zusammenhänge zwischen der Beziehungszufriedenheit des Patienten und des Therapeuten, beides in Verbindung zur Ergebnis-Qualität (OQ-Test). Man erkennt eine deutliche Reduktion von symptomatischen Belastungsreduktionen, interpersonellen und sozialen Verbesserungen über die Dauer der Behandlung. Und das in Verbindung mit einem sehr ähnlich verlaufenden Beziehungs-Qualitäts-Erleben! Dagegen zeigt Abbildung 2 ein diskrepantes Erleben der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut bei nicht verbesserter Behandlungs-Qualität.

OQ-Gesamtwert und HAQ-Pat und HAQ-The –Beziehungszufriedenheit

Id: 2

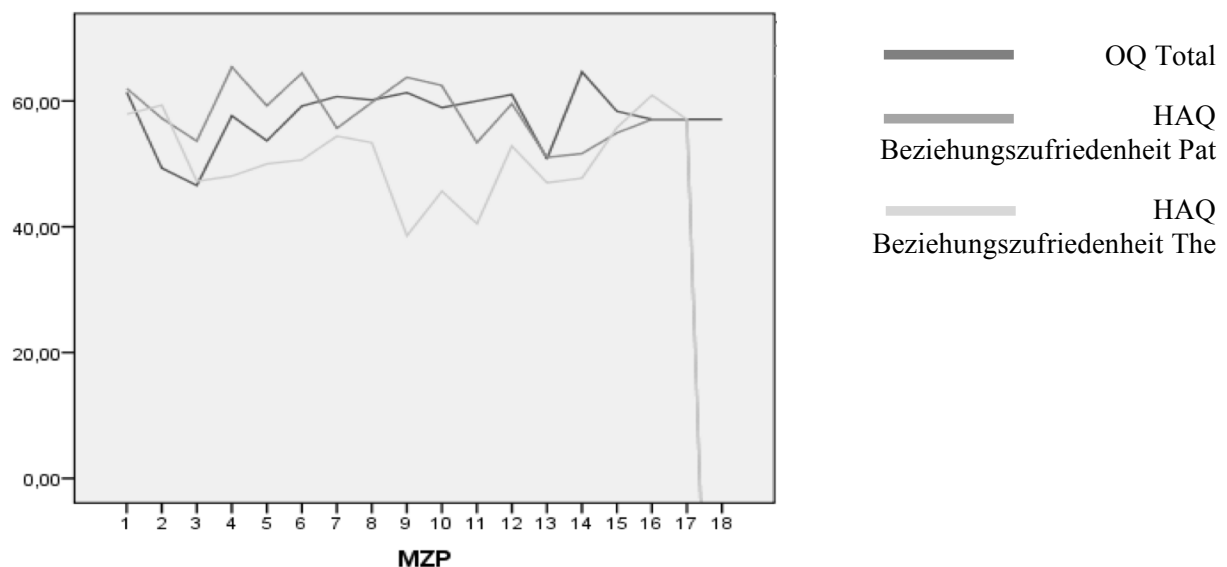


Abb. 2: Beschwerdeverlust und therapeutische Beziehung

Dies sind lediglich zwei Einzelfälle der bisher regulär abgeschlossenen Behandlungen. Eine wesentlich umfangreichere Stichprobe wird es ermöglichen, hoch detaillierte und differenzierte Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge unterschiedlicher Behandlungsansätze bei vergleichbaren Patienten zu erhalten, die verallgemeinerbare Aussagen zu differenziellen Wirkungen ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen in der Schweiz ermöglichen werden.

So wird es durch unsere Studie möglich werden, Patienten mit ähnlichen bzw. identischen Diagnosen in ihrem Ansprechen auf die Behandlungen verschiedener schulischer Therapiekonzepte zu vergleichen, dies sowohl im Hinblick auf den Therapie-Outcome wie auch im Hinblick auf das zeitliche Ansprechen (nach wie vielen Sitzungen?) und im Bezug zu Prozess-Aspekten (therapeutische Beziehung, Konzepttreue der Therapeuten).

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. V. Tschuschke, Abteilung Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum zu Köln, Kerpener Straße 62, D-50924 Köln

E-mail: volker.tschuschke@uk-koeln.de

Literatur

- ADDIS, M.E. & CARDEMIL, E.V. (2006). Psychotherapy manuals can improve outcomes. In: Norcross, J.C., Beutler, L.E., Levant, R.F. (Eds.) *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association, p. 131-140.
- ASSAY, T.P. & LAMBER, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy?* Washington, DC: American Psychological Association, p. 33-56.
- BECK, A.T. (2000). Scientist at work: Aaron T. Beck; pragmatist embodies his no-nonsense therapy. *New York Times*, 11. January 2000.
- BROWN, J., DREIS, S., NACE, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Eds.) *The Heart and the Soul of Change: What Works in Therapy?* Washington, DC: American Psychological Association, p. 389-406.
- CHAMBLESS, D.L., SANDERSON, W.C., SHOHAM, V., JOHNSON, S., POPE, K. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, Vol. 49 pp. 5-18.
- DUNCAN, B.L. & MILLER, S.D. (2006). Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross, J.C., Beutler, L.E., Levant, R.F. (Eds.) *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association, p. 140-149.
- ECKERT, J. (2009). Indikation und Prognose. In: Tschuschke, V. (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation zu Interventionstechniken*. Stuttgart: Thieme.
- FLEXNER, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4*. Boston, MA: The Merrymount Press.
- GRÜNWARD, H., TSCHUSCHKE, V., SCHULTHESS, P., KOEMEDA, M., SCHLEGEL, M. & CRAMERI, A. (2007). Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz (PAP – S). Projektbeschreibung. Unveröff. Manuskript.
- HENNINGSEN, P. & RUDOLF, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Vol. 50: s. 366-375.
- KRIZ, J. (2009). Wissenschaftliche Regeln, Redlichkeit und Diskursbereitschaft. Ein Blick

- hinter die Kulissen der politischen Bühne des „wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie“. Jürgen Kriz im Gespräch mit Ulrich Sollmann. *Psychotherapie Forum*, Vol. 17: s. 90-95.
- LAMBERT, M.J. & OGLES, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley & Sons, p. 139-193.
- LEICHSENRING, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 209-222.
- LUBORSKY, L., DIGUER, L., SELIGMAN, D.A., ROSENTHAL, R., KRAUSE, E.D., JOHNSON, S., HALPERIN, G., BISHOP, M., BERMAN, J.S. & SCHWEIZER, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 6: pp. 95-106.
- MESSER, S. (2004). Evidence-based practice: Beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 35: pp. 580-588.
- NORCROSS, J.C., BEUTLER, L.E. & LEVANT, R.F. (Eds.) (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- REED, G.M. (2006). Dialogue: convergence and contention. In: Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Eds.) *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association, p. 40-42
- SHAW-AUSTAD, C. (1996). *Is Long-Term Psychotherapy Unethical? Towards a Social Ethic in an Era of Managed Care*. New York: Wiley & Sons.
- TSCHUSCHKE, V. (2005). Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, Vol. 4: pp. 106-115.
- WAMPOLD, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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*, Vol. 122: pp. 203-215
- 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. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 6, 875-899.
- WOOLFOLK, R.L. (2001). *The Cure of Souls: Science, Values and Psychotherapy*. New York: Wiley & Sons.