

**Standards Psychologie**

Herausgegeben von Herbert Heuer,  
Frank Rösler, Werner H. Tack

Winfried Rief, Cornelia Exner,  
Alexandra Martin

# Psychotherapie

Ein Lehrbuch

**Kohlhammer**

Kohlhammer  
Standards Psychologie

Begründet von  
Theo W. Herrmann  
Werner H. Tack  
Franz E. Weinert (†)

Herausgegeben von  
Herbert Heuer  
Frank Rösler  
Werner H. Tack

Winfried Rief  
Cornelia Exner  
Alexandra Martin

# Psychotherapie

Ein Lehrbuch

unter Mitarbeit von  
Anja Hilbert und  
Alice Yvonne Nestoriuc

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Es konnten nicht sämtliche Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2006

Alle Rechte vorbehalten

© 2006 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN-10: 3-17-017660-9

ISBN-13: 978-3-17-017660-7

# Inhalt

Vorwort .....	13
Einleitung .....	15
<b>I Grundlegendes .....</b>	<b>19</b>
<b>1 Empirische Psychotherapieforschung – Wann ist Psychotherapie wissenschaftlich fundiert? .....</b>	<b>21</b>
1.1 Zusammenfassung .....	21
1.2 Einleitung .....	22
1.3 Forschungsmethoden der Psychotherapie: Untersuchungsdesigns .....	23
1.4 Wie soll in der Psychotherapieforschung Erfolg gemessen werden? .....	26
1.5 Gütekriterien für Therapiestudien .....	27
1.6 Ablaufplan zur wissenschaftlichen Einführung von neuen psychotherapeutischen Interventionen .....	30
1.7 Metaanalysen; Cochrane-Analysen .....	31
1.8 Gesundheitsökonomische Analysen .....	34
1.9 Welche Psychotherapien sind wissenschaftlich fundiert? .....	36
1.10 Blick ins Internet .....	37
1.11 Weiterführende Literatur .....	38
<b>2 Von der ersten bis zur letzten Sitzung – ein Therapie-Prozessmodell. ....</b>	<b>39</b>
2.1 Zusammenfassung .....	39
2.2 Das allgemeine Therapie-Prozessmodell .....	39
2.3 Weiterführende Literatur .....	45
<b>II Diagnostik .....</b>	<b>47</b>
<b>3 Dokumentation und Qualitätssicherung .....</b>	<b>49</b>
3.1 Zusammenfassung .....	49
3.2 Qualitätsmanagement .....	49
3.3 Dokumentation in der Psychotherapie .....	53
3.4 Probleme bei der Qualitätssicherung .....	54
3.5 Weiterführende Literatur .....	56
<b>4 Klassifikation psychischer Störungen .....</b>	<b>57</b>
4.1 Zusammenfassung .....	57

## Inhalt

4.2	Warum ist Klassifikation wichtig? .....	58
4.3	Wie wird klassifiziert? .....	60
4.4	Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV .....	61
4.5	Methoden und Instrumente zur Klassifikation psychischer Störungen .....	64
4.6	Häufige Klassifikationsfehler .....	65
4.7	Einige Orientierungshilfen .....	67
4.8	Weiterführende Literatur .....	69
<b>5</b>	<b>Verhaltens- und Bedingungsanalyse .....</b>	<b>70</b>
5.1	Zusammenfassung .....	70
5.2	Einführung .....	71
5.3	Praktisches Vorgehen .....	76
5.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	80
5.5	Weiterführende Literatur .....	82
<b>6</b>	<b>Fragebögen und Ratingskalen in Diagnostik und Evaluation .....</b>	<b>83</b>
6.1	Zusammenfassung .....	83
6.2	Einleitung .....	83
6.3	Problem- und störungsbezogene Diagnostik .....	85
6.4	Diagnostik im Therapieverlauf .....	87
6.5	Kriterien für die Auswahl geeigneter Instrumente .....	89
6.6	Weiterführende Literatur .....	91
<b>7</b>	<b>Leistungsdiagnostik in der Psychotherapie .....</b>	<b>92</b>
7.1	Zusammenfassung .....	92
7.2	Einleitung .....	92
7.3	Anwendungen der Leistungsdiagnostik in der Psychotherapie .....	93
7.4	Verfahren zur Leistungsdiagnostik .....	94
7.5	Teststrategie .....	97
7.6	Besonderheiten beim Einsatz von Leistungstests in der Psychotherapie .....	98
7.7	Weiterführende Literatur .....	100
<b>III</b>	<b>Motivation .....</b>	<b>101</b>
<b>8</b>	<b>Motivation zur Behandlung, Motivation zur Veränderung .....</b>	<b>103</b>
8.1	Zusammenfassung .....	103
8.2	Einleitung .....	103
8.3	Motivation zur Behandlung .....	105
8.4	Motivation zur Veränderung .....	108
8.5	Weiterführende Literatur .....	114
<b>IV</b>	<b>Beispiele störungsspezifischer Therapieansätze .....</b>	<b>115</b>
<b>9</b>	<b>Panik, Agoraphobie .....</b>	<b>117</b>
9.1	Zusammenfassung .....	117

9.2	Einleitung .....	118
9.3	Praktisches Vorgehen in der Therapie .....	120
9.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	129
9.5	Pharmakotherapie der Panikstörung .....	132
9.6	Wann ist die psychologische Behandlung der Panikstörung besonders erfolgreich? – Variationen im Behandlungsvorgehen .....	133
9.7	Psychobiologie der Behandlung von Panikattacken .....	135
9.8	Weiterführende Literatur .....	136
<b>10</b>	<b>Soziale Phobie .....</b>	<b>137</b>
10.1	Zusammenfassung .....	137
10.2	Einleitung .....	138
10.3	Praktische Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie .....	145
10.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	156
10.5	Weiterführende Literatur .....	158
<b>11</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörungen .....</b>	<b>159</b>
11.1	Zusammenfassung .....	159
11.2	Einleitung .....	160
11.3	Praktisches Vorgehen.....	161
11.4	Wissenschaftliche Fundierung der psychologischen Behandlung .....	169
11.5	Pharmakologische Behandlung .....	172
11.6	Psychobiologische Aspekte der Behandlung .....	172
11.7	Weiterführende Literatur .....	173
<b>12</b>	<b>Zwangsstörungen .....</b>	<b>174</b>
12.1	Zusammenfassung .....	174
12.2	Einleitung .....	175
12.3	Praktisches Vorgehen.....	176
12.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	190
12.5	Weiterführende Literatur .....	194
<b>13</b>	<b>Affektive Störungen.....</b>	<b>195</b>
13.1	Zusammenfassung .....	195
13.2	Einführung .....	196
13.3	Depressive Erkrankungen .....	197
13.4	Behandlung der Depression.....	200
13.5	Wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie bei unipolarer Depression ..	208
13.6	Bipolare Störungen.....	212
13.7	Behandlung der Bipolaren Störung.....	213
13.8	Wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapie bei Bipolaren Störungen....	218
13.9	Weiterführende Literatur .....	219

<b>14</b>	<b>Somatoforme Störungen und chronischer Schmerz</b> .....	220
14.1	Zusammenfassung .....	220
14.2	Einleitung .....	221
14.3	Praktisches Vorgehen.....	224
14.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	240
14.5	Weiterführende Literatur .....	243
<b>15</b>	<b>Psychologische Therapie bei schizophrenen Störungen</b> .....	244
15.1	Zusammenfassung .....	244
15.2	Einleitung .....	244
15.3	Praktisches Vorgehen.....	246
15.4	Weiterführende Literatur .....	261
<b>16</b>	<b>Neuropsychologische Störungen</b> .....	262
16.1	Zusammenfassung .....	262
16.2	Einleitung .....	263
16.3	Praktisches Vorgehen.....	264
16.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	277
16.5	Weiterführende Literatur .....	279
<b>17</b>	<b>Behandlung von Essstörungen am Beispiel der Bulimia nervosa und der »Binge-Eating«-Störung</b> .....	280
17.1	Zusammenfassung .....	280
17.2	Einleitung .....	281
17.3	Diagnostik.....	285
17.4	Psychologische und pharmakologische Behandlung.....	288
17.5	Wissenschaftliche Fundierung .....	294
17.6	Weiterführende Literatur .....	296
<b>V</b>	<b>Allgemeine Therapieansätze</b> .....	297
<b>18</b>	<b>Entspannungsverfahren und klinische Hypnose</b> .....	299
18.1	Zusammenfassung .....	299
18.2	Einleitung .....	300
18.3	Die Progressive Muskelentspannung .....	301
18.4	Autogenes Training .....	306
18.5	Klinische Hypnose .....	307
18.6	Weiterführende Literatur .....	309
<b>19</b>	<b>Nutzung von Verstärkern</b> .....	310
19.1	Zusammenfassung .....	310
19.2	Einleitung .....	311
19.3	Voraussetzungen für die therapeutische Nutzung von Verstärkern .....	312

19.4	Methoden zur Förderung von Verhalten.....	315
19.5	Methoden zum Abbau von Verhalten .....	318
19.6	Kontingenzmanagement.....	320
19.7	Stimuluskontrolle .....	322
19.8	Anwendungsbeispiele und Wirksamkeit operanter Methoden .....	322
19.9	Weiterführende Literatur .....	325
<b>20</b>	<b>Expositionsbehandlung – nicht nur bei Angststörungen .....</b>	<b>326</b>
20.1	Zusammenfassung .....	326
20.2	Einleitung .....	326
20.3	Durchführung von Expositionstherapien.....	329
20.4	Wissenschaftliche Effektivität der Expositionstherapie bei Angstkrankheiten..	333
20.5	Weiterentwicklungen und weitere Indikationsgebiete von Expositionsverfahren .....	333
20.6	Weiterführende Literatur .....	337
<b>21</b>	<b>Kognitive Therapie .....</b>	<b>338</b>
21.1	Zusammenfassung .....	338
21.2	Einleitung .....	339
21.3	Praktisches Vorgehen.....	344
21.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	355
21.5	Weiterführende Literatur .....	358
<b>22</b>	<b>Angewandte Psychophysiologie und Biofeedback.....</b>	<b>359</b>
22.1	Zusammenfassung .....	359
22.2	Einleitung .....	360
22.3	Praktisches Vorgehen.....	364
22.4	Wissenschaftliche Fundierung .....	371
22.5	Weiterführende Literatur .....	376
<b>23</b>	<b>Training von Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz .....</b>	<b>377</b>
23.1	Zusammenfassung .....	377
23.2	Einleitung .....	378
23.3	Das erste Selbstsicherheitstraining: Salter (1949).....	378
23.4	Das Assertiveness Training Program (ATP) von Ullrich & Ullrich de Muynck (1976).....	379
23.5	Das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen GSK (Hinsch & Pfingsten, 2002) .....	381
23.6	Weitere Trainings zur sozialen Kompetenz .....	383
23.7	Soziale Kompetenztrainings bei Kindern .....	383
23.8	Wissenschaftliche Bewertung von Trainings zur sozialen Kompetenz.....	384
23.9	Weiterführende Literatur .....	385
<b>24</b>	<b>Problemlösetraining.....</b>	<b>386</b>
24.1	Zusammenfassung .....	386

## Inhalt

24.2	Einleitung .....	386
24.3	Merkmale von Problemlösetrainings .....	387
24.4	Anwendungsgebiete und Wirksamkeit von Problemlösetrainings .....	392
24.5	Schlussfolgerungen für die Behandlung .....	394
24.6	Weiterführende Literatur .....	394
<b>25</b>	<b>Paar- und Familientherapie .....</b>	<b>395</b>
25.1	Zusammenfassung .....	395
25.2	Einleitung .....	395
25.3	Praktisches Vorgehen in der Familientherapie .....	397
25.4	Wissenschaftliche Fundierung von paar- und familientherapeutischen Ansätzen .....	402
25.5	Weiterführende Literatur .....	403
<b>26</b>	<b>Interpersonelle Psychotherapie .....</b>	<b>404</b>
26.1	Zusammenfassung .....	404
26.2	Einleitung .....	405
26.3	Theoretische und empirische Grundlagen .....	405
26.4	Empirische Befunde zu interpersonellen Problemen bei Depressionen .....	406
26.5	Interpersonelle Psychotherapie der Depression .....	406
26.6	Adaptationen der Interpersonellen Psychotherapie .....	412
26.7	Ergebnisse der Therapieforschung zur Interpersonellen Psychotherapie .....	413
26.8	Zusammenfassung und Ausblick .....	414
26.9	Weiterführende Literatur .....	416
<b>VI</b>	<b>Neurobiologie und Psychotherapie .....</b>	<b>417</b>
<b>27</b>	<b>Psychobiologische Aspekte der Psychotherapie .....</b>	<b>419</b>
27.1	Zusammenfassung .....	419
27.2	Einleitung .....	420
27.3	Beispiele für psychobiologische Fragestellungen der Psychotherapie .....	420
27.4	Beispiele zur psychobiologischen Evaluation von Psychotherapie .....	424
27.5	Psychotherapie im Zeitalter genetischer Forschung .....	429
27.6	Weiterführende Literatur .....	431
<b>VII</b>	<b>Allgemeine Aspekte der Psychotherapie .....</b>	<b>433</b>
<b>28</b>	<b>Versorgung psychisch Kranker in Deutschland .....</b>	<b>435</b>
28.1	Zusammenfassung .....	435
28.2	Einleitung .....	436
28.3	Wie hoch ist der Bedarf zur Versorgung psychisch Kranker? .....	436
28.4	Wer bietet wie viel psychotherapeutische Leistungen an? .....	437
28.5	Wer sucht welche Behandlung auf? .....	440

28.6	Erhalten die Patienten in der Psychotherapie die Behandlung, die sie benötigen? .....	441
28.7	Fazit zur Versorgungssituation mit Psychotherapie.....	442
28.8	Weiterführende Literatur .....	444
<b>29</b>	<b>Allgemeine Wirkvariablen in der Psychotherapie, Therapieprozessforschung..</b>	<b>445</b>
29.1	Zusammenfassung .....	445
29.2	Einleitung .....	446
29.3	Ansätze zur »Allgemeinen Psychotherapie«.....	447
29.4	Merkmale erfolgreicher Therapeuten .....	450
29.5	Patientenvariablen .....	451
29.6	Therapeutische Interaktion und sonstige Einflüsse auf den Therapieerfolg ....	452
29.7	Abschließende Bemerkungen .....	453
29.8	Weiterführende Literatur .....	453
	<b>Literatur.....</b>	<b>454</b>
	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>477</b>



# Vorwort

Praktisch psychotherapeutisches Handeln und wissenschaftliche Psychotherapieforschung sind aus unserer Sicht keine unvereinbaren Gegensätze. Es ist ein Hauptanliegen dieses Buches, dies anschaulich zum Ausdruck zu bringen. Aus diesem Grund werden nicht nur die neuesten Ergebnisse aus der Forschung, sondern auch ausführliche Leitfäden für das praktische Vorgehen vorgestellt. Fallbeispiele aus unserer klinisch-praktischen Erfahrung zur Diagnostik und zum Therapieprozess werden in diesem Buch verknüpft mit dem Stand der wissenschaftlichen Forschung, bei welchem Problem welche Intervention bzw. welche Variante einer Intervention nachgewiesenermaßen wirkungsvoll ist. Dadurch soll die Relevanz wissenschaftlicher Ergebnisse für das praktische Vorgehen herausgestri-

chen werden. Unsere praktischen Erfahrungen in Kliniken und Ambulanzen genauso wie unsere wissenschaftlichen Arbeiten sollten sich in diesem Werk zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfügen. Ist es uns gelungen? Das dürfen Sie als Leser/-in beurteilen.

Viele Menschen haben uns direkt oder indirekt unterstützt, uns praktische Erfahrungen ermöglicht, unsere wissenschaftlichen Studien gefördert oder sonstige Unterstützung zukommen lassen. All ihnen sei gedankt. Unser besonderer Dank gilt jedoch unseren Patienten<sup>1</sup>, die mit uns zusammen gearbeitet haben und mit denen zusammen wir viele Erfahrungen machen durften.

Im Namen der Autoren  
Marburg an der Lahn, im Sommer 2006

---

<sup>1</sup> Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit werden wir in diesem Buch nur eine Geschlechtsform verwenden, die entsprechend der deutschen Sprache meist die männliche Form ist. Wir bitten alle Leserinnen hierfür um Verständnis. Es sind grundsätzlich Personen beiderlei Geschlechts angesprochen.



# Einleitung

Psychotherapie als Anwendungsfeld und als Gegenstand wissenschaftlicher Erprobung ist spannender denn je. Dabei können und sollen wissenschaftlich fundierte Psychotherapie und praktische Umsetzung Hand in Hand gehen. Im Mittelpunkt des Buches stehen deshalb die wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Ansätze. Es galt, die rasante Weiterentwicklung von Grundlagen psychotherapeutischen Vorgehens, von Einzelstudien, Metaanalysen und Überblicksarbeiten zu psychotherapeutischen Interventionen sowie die spannenden Neuentwicklungen zu psychobiologischen Aspekten zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollte das Buch noch ein Format erhalten, das nicht abschreckt, sondern Lust zum Lesen macht. Unser Ziel war ein Lehrbuch, in dem beispielhaft zentrale Ansätze der Psychotherapie-Forschung und des praktischen Vorgehens veranschaulicht werden, weniger ein allumfassendes Handbuch. Dadurch wurde eine Auswahl und Schwerpunktsetzung notwendig. So haben wir viele Bereiche nicht berücksichtigt, die in einem Handbuch zur Psychotherapie enthalten sein könnten, jedoch nicht in einem übersichtlichen Lehrbuch.

Da der Schwerpunkt des Lehrbuchs auf der wissenschaftlich fundierten Psychotherapie liegt, wirft dies die Frage auf, wann Psychotherapieverfahren als wissenschaftlich fundiert gelten sollen und wie eine qualitativ hochwertige Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen durchgeführt werden soll. Über Jahrzehnte bestand zu diesen Punkten kein Konsens und viele, oftmals fruchtlose Diskussionen wurden geführt. In

den letzten Jahren hat sich jedoch die Methodik für Psychotherapieforschung, Qualitätsmerkmale eines Designs sowie Ansprüche an die Zusammenfassung von Psychotherapiestudien zum Beispiel in Form von Metaanalysen weiterentwickelt, und es besteht ein gewisser Konsens, wie sowohl »schulenspezifische« als auch übergreifende Evaluation von Psychotherapie aussehen kann. Diese Neuentwicklungen werden in den einleitenden Kapiteln dargestellt, und es werden Kriterien aufgeführt, wann eine Psychotherapiestudie als »gut« bewertet werden kann und wann eine Psychotherapieform als wissenschaftlich fundiert gilt. Dies ist jedoch nicht als Endpunkt einer Entwicklung zu sehen, sondern die Ansprüche an die Qualität von Interventionsstudien wachsen mit den Kenntnissen über Schwächen bisheriger Veröffentlichungen. Manche Studie, welche vor 10 Jahren noch als qualitativ gut galt, erfüllt kaum mehr die aktuell notwendigen Kriterien. Deshalb ist die Annahme begründet, dass die Ansprüche an gute Psychotherapie-Studien auch in nächster Zeit weiter wachsen werden.

In vielen Therapiestudien findet sich zwischenzeitlich eine ähnliche Grundstruktur der Behandlungsleitfäden, auch wenn die Therapiemethoden unterschiedliche theoretische Hintergründe haben. Dies motivierte uns dazu, ein Therapie-Prozessmodell vorzustellen, das ein übergeordnetes Modell zum Vorgehen in der Psychotherapie beschreibt. Sicherlich gibt es ausreichend Einzelfälle, um begründet von einem solchen allgemeinen Therapie-Prozessmodell abzu-

weichen. Jedoch gerade für denjenigen, der neu im Bereich Psychotherapie ist, möge es eine Hilfe darstellen, zuerst das allgemeine Vorgehen zu erfahren, bevor spezifische Informationen vermittelt werden.

Viele angehende Psychotherapeuten, die sich ausreichend auf die Praxis vorbereitet empfinden, erleben trotzdem den sog. »Praxischock«. Der Grund hierfür ist manchmal weniger das konkrete psychotherapeutische Vorgehen, sondern der unerwartet hohe Aufwand für die Dokumentation und Qualitätssicherung psychotherapeutischer Leistungen. Aus diesem Grund werden auch in diesem Lehrbuch Empfehlungen gegeben, wie psychotherapeutische Prozesse dokumentiert werden sollen. Fragen der Dokumentation und Qualitätssicherung hängen eng mit Psychodiagnostik zusammen, weswegen sie in einer gemeinsamen Sektion aufgeführt werden. Ein besonderes Augenmerk wollten wir hierbei auch auf die Leistungsdiagnostik legen, die zwar in der historischen Entwicklung psychodiagnostischer Methoden eine große Rolle spielte, in der psychotherapeutischen Praxis jedoch oftmals vernachlässigt wird. Erschreckend wenige Psychotherapiebücher gehen auf den Bereich Motivation der Patienten ein. Dies ist umso erstaunlicher, da Motivationsaufbau zur Verhaltensänderung in der psychotherapeutischen Praxis oftmals den größten Stellenwert im Therapieprozess hat. Gegebenenfalls spiegelt sich hierin auch eine gewisse Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Psychotherapieforschung mit oftmals hochmotivierten Pa-

tienten einerseits versus Versorgung in Routineeinrichtungen des Gesundheitssystems (unter Umständen mit unfreiwillig zur Behandlung kommenden Patienten) andererseits. Gerade bei chronifizierten Krankheitsverläufen, bei extrinsischer Motivation zur Behandlungsaufnahme oder bei externer Gratifikation für Krankheitsverhalten (z.B. Rentenbegehren) stellen Motivationsfragen den Kern der Behandlung dar. Aus diesem Grund haben wir diesem Aspekt ein eigenes Kapitel gewidmet.

Die großen Neuentwicklungen in der Psychotherapieforschung in den letzten 15 Jahren lagen sicherlich im Bereich der störungsspezifischen Ansätze, die auf wissenschaftlich fundiertem Grundlagenwissen aufbauen, Handlungsleitfäden für diese spezifische Störung vorstellten und wissenschaftlich evaluieren. Eine Auswahl von störungsspezifischen Kapiteln stellt deshalb Beispiele solcher Ansätze dar, wobei die Kapitel den Bogen vom zugrundeliegenden Störungsmodell über einen Therapieleitfaden bis hin zur wissenschaftlichen Evaluation und Darstellung von Varianten des Vorgehens spannen.

Eine weitere Sektion ist allgemeinen Therapietechniken und -methoden gewidmet. Neben den Klassikern wie Entspannungsverfahren, Exposition oder kognitive Umstrukturierung werden auch Verfahren wie die Hypnotherapie sowie paar- und familienorientierte Interventionen vorgestellt. Auch die zwischenzeitlich gut evaluierte Interpersonelle Psychotherapie wird berücksichtigt.

### **Warum sind psychodynamische Ansätze in diesem Buch so wenig berücksichtigt?**

Psychodynamische Behandlungen haben im Versorgungssystem der deutschsprachigen Länder einen hohen Stellenwert. Trotzdem findet man in dem vorliegenden Buch nur wenig Hinweise auf psychodynamische Behandlungen. Wie ist das zu erklären?

Ein Lehrbuch soll unseres Erachtens in erster Linie gut fundierte Befunde zusammenfassen und anschaulich präsentieren. Deshalb ist im vorliegenden Buch die wissenschaftliche Fundierung der dargestellten Behandlungsmethoden mit wenigen Ausnahmen das Hauptkriterium, um den Interventionsansatz zu berücksichtigen. Wie steht es aktuell mit

der wissenschaftlichen Fundierung psychodynamischer und psychoanalytischer Therapien?

Für die klassische Langzeitpsychoanalyse liegen zu keinem Indikationsgebiet Ergebnisse von randomisierten und kontrollierten Therapiestudien vor, die den in den nachfolgenden Kapiteln beschriebenen Gütekriterien wissenschaftlicher Psychotherapieforschung entsprechen. Demgegenüber werden psychodynamische Kurzzeitherapien immer häufiger einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen, Behandlungsleitfäden erstellt und weitere Voraussetzungen zur wissenschaftlichen Evaluation geschaffen. Diese Entwicklungen sind sehr begrüßenswert, so dass der Stellenwert psychodynamischer Psychotherapie unter Umständen schon in absehbarer Zeit auch wissenschaftlich adäquat eingeschätzt werden kann. Leichsenring und andere (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004) haben im Rahmen einer Metaanalyse die zur Zeit veröffentlichten psychodynamischen Kurzzeit-Therapiestudien zusammengestellt. Über alle Indikationsgebiete hinweg finden sie insgesamt 17 Studien, die entsprechenden wissenschaftlichen Kriterien genügen (Randomisierung, Möglichkeit Prä-Post-Treatment-Effektgrößen zu berechnen etc.). Die größte Anzahl entsprechender Studien findet sich für die Behandlung von Drogenabhängigen, des weiteren eine Studie zur Sozialen Phobie, eine Studie zur Posttraumatischen Belastungsstörung, wenige Studien zu Essstörungen, zwei Studien zu somatoformen Störungen sowie einige Studien zu Persönlichkeitsstörungen. Diese Übersicht macht deutlich, dass zum aktuellen Zeitpunkt für kaum ein Störungsbild wirklich eine breite Fundierung psychodynamischer Behandlungsmethoden angenommen werden kann oder gar Metaanalysen gerechtfertigt sind (Zum Vergleich: Zur Kognitiven Therapie liegen zur Zeit 13 Metaanalysen vor, die 562 Therapievergleichsstudien beinhalten (Butler et al., 2006). Selbst bei der Einschränkung auf Kinder und Jugendliche mit der spezifischen Störung Soziale Phobie finden sich zur Zeit 13 randomisiert-kontrollierte Studien zur Kognitiven Verhaltenstherapie (James, Soler & Weatherall, 2005).). Erschwerend kommt hinzu, dass eine Bewertung von Langzeiteffekten zu psychodynamischen Behandlungen in der o.g. Übersichtsarbeit nicht vorgenommen wurde, und somit noch keine Aussagen über die Stabilität der Effekte nach Therapieende möglich sind.

Nicht zuletzt die zitierte Metaanalyse von Leichsenring u.a. macht jedoch deutlich, dass sich die Situation bei psychodynamischen Kurztherapien deutlich ändert. Es gibt auch in diesem Bereich zunehmend mehr randomisiert-kontrollierte Therapiestudien. Diese sind jedoch auch begleitet von Änderungen in der theoretischen Konzeption dieses Therapieansatzes. Manualisiertes Vorgehen, substantielle Therapiebausteine mit Psychoedukation und die Notwendigkeit zur Wiederholungsmessung führen zu einer deutlichen Veränderung dessen, was früher mit dem Begriff psychodynamische Therapie bezeichnet wurde. Deshalb kann vermutet werden, dass psychodynamische Therapie bald eine breitere wissenschaftliche Fundierung haben wird; ggf. handelt es sich dabei jedoch um andere Ansätze, als bislang mit diesem Begriff assoziiert wurden.

Im Rahmen der Psychobiologie und Neurowissenschaften findet zurzeit ebenfalls eine intensive Weiterentwicklung der Erkenntnisse statt. Es wird dargestellt, dass diese eher biologischen Ansätze eine sinnvolle Ergänzung in der Evaluation psychothera-

peutischer Ansätze darstellen können. Auch die neuen genetischen Befunde zeigen sich immer weniger als »Gegner« psychotherapeutischer Ansätze, sondern bieten spannende Ansätze für ein neues Verständnis von Gen-Umwelt-Interaktionen (»Ver-

## *Einleitung*

haltensgenetik«) sowie ggf. für eine Prüfung, bei welcher genetischen Veranlagung welches psychotherapeutische Verfahren besonders indiziert ist.

Eine abschließende Darstellung der Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Problemen und für das Angebot an Psychotherapie zeigt Missstände zwischen Nachfrage und Angebot auf. Aber auch die bestehenden Unterschiede zwischen wissenschaftlichen Psychotherapiestudien und praktischer Anwendung werden beleuchtet, um daraus mögliche Entwicklungsperspektiven abzuleiten. Last but not least endet das Buch mit einer Darstellung von Ergebnissen der Therapie-Prozessforschung sowie mit Ergebnissen zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie.

Somit konnte in diesem Psychotherapiebuch vieles nicht berücksichtigt werden, was sicherlich auch einige Kritik einbringen wird. Auf manche störungsspezifischen Ka-

pitel haben wir vorerst nur ungerne verzichtet. Auch wird mancher Leser verschiedene Therapiebeschreibungen aus der Psychoanalyse, aus psychodynamischen Therapien, Gesprächstherapie oder anderen Therapieformen vermissen (s. Kasten). Da es sich hier um ein Lehrbuch handelt, ging es uns weniger um die erschöpfende Darstellung von Einzelbefunden, sondern um die Darstellung jener Bereiche, die auf eine breite wissenschaftliche Basis aufbauen. Es ist erfreulich, dass auch bei den nicht-verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren in den vergangenen Jahren eine rege Forschungsaktivität eingesetzt hat und immer mehr entsprechende Studien publiziert werden, die auch hohen Qualitätsansprüchen genügen. Trotzdem sind es in vielen Fällen noch eher Einzelbefunde, die eine globale Zusammenfassung nicht rechtfertigen. Wir hoffen, dass sich an dieser Situation längerfristig etwas ändert.

# I Grundlegendes



# 1 Empirische Psychotherapieforschung – Wann ist Psychotherapie wissenschaftlich fundiert?

- |       |   |
|-------|---|
| 1.1   | Zusammenfassung   |
| 1.2   | Einleitung  |
| 1.3   | Forschungsmethoden der Psychotherapie: Untersuchungsdesigns                                 |
| 1.4   | Wie soll in der Psychotherapieforschung Erfolg gemessen werden?                             |
| 1.5   | Gütekriterien für Therapiestudien   |
| 1.6   | Ablaufplan zur wissenschaftlichen Einführung von neuen psychotherapeutischen Interventionen |
| 1.7   | Metaanalysen; Cochrane-Analysen   |
| 1.7.1 | Durchführung von Metaanalysen   |
| 1.8   | Gesundheitsökonomische Analysen   |
| 1.9   | Welche Psychotherapien sind wissenschaftlich fundiert?                                      |
| 1.10  | Blick ins Internet  |
| 1.11  | Weiterführende Literatur  |

## 1.1 Zusammenfassung

Es besteht ein gewisser Konsens, dass im Gesundheitssystem primär wissenschaftlich fundierte Verfahren angeboten werden sollen. Weniger klar ist oftmals, was eigentlich »wissenschaftlich fundiert« gerade auch bei Psychotherapie bedeutet. Deshalb soll im nachfolgenden Kapitel aufgeführt werden, mit welchen Methoden Psychotherapie wissenschaftlich untersucht wird, und welche Kriterien angelegt werden, um Interventionen als »ausreichend fundiert« oder »evidenzbasiert« zu bewerten. Wissenschaftliche Fundierung folgt hierbei einem Prozess: Von Einzelfallbeobachtungen, die Hinweise auf die Wirksamkeit von Interventionen geben (Phase 1), über Prä-Post-Untersuchungen zur globaleren Einschätzung von Wirkung und Nebenwirkung von Interventionen (Phase 2) stellen randomisierte klinische Studien (Phase 3, »Efficacy Studies«) heute mehr denn je den zentralen Schritt in der wissenschaftlichen Fundierung dar. Dies muss jedoch durch Evaluation unter Routinebedingungen im Anwendungsfeld abgerundet werden (Phase 4, »Effectiveness Studies«). In allen diesen Studien sollte Therapieerfolg mehrdimensional und mehrmethodisch gemessen werden, wobei »blinde« Expertenratings als zusätzliches Qualitätsmerkmal zur Evaluation gewünscht werden. Eine immer noch vernachlässigte Frage stellt sich der Erfassung von Nebenwirkungen bei Psychotherapien und fordert deshalb in Zukunft besondere Beachtung.

## 1.2 Einleitung

Kaum eine Frage wurde in der psychologischen Fachwelt so emotional diskutiert wie die Frage nach der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie (s. Kasten »Muss Psychotherapie wirklich wissenschaftlich fundiert sein?«). Die Bandbreite der Meinungen reicht von »Psychotherapie ist wissenschaftlich nicht zu evaluieren, deshalb sind alle solche Ansätze Reduktionismus« bis hin zu »Wer wissenschaftlich nicht fundierte Psychotherapien anwendet,

handelt unethisch oder gar strafbar«. Wie so häufig sind solche Extrempositionen auch hier kaum hilfreich. Vielmehr soll der Frage nachgegangen werden, welche Methoden es zur wissenschaftlichen Therapieforschung gibt, welchen Bedarf das Gesundheitssystem an wissenschaftlicher Therapieforschung hat und welche Kriterien gute Psychotherapiestudien charakterisieren? Nach Diskussion dieser Aspekte soll der aktuelle Stand aufgeführt werden, welche Therapieverfahren zurzeit als wissenschaftlich fundiert angesehen werden können.

### **Muss Psychotherapie wissenschaftlich fundiert sein? – Psychotherapie zwischen historischer Entwicklung und wissenschaftlicher Fundierung**

Unter der Überschrift »Psychotherapie« fungiert in Deutschland eine kaum mehr überschaubare Zahl unterschiedlicher Ansätze und »Schulen«, die neben den Klassikern auch Verfahren wie Bioenergetik, Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Urschreithherapie, katathymes Bilderleben, Psychodrama, verschiedene Körpertherapien und vieles mehr umfassen. Als wissenschaftlich fundiert gelten demgegenüber nur die (Kognitive) Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie bei einigen Indikationsgebieten, neuropsychologische Therapie bei den entsprechenden Störungsbildern sowie z.T. psychodynamische Verfahren. Es ist in Deutschland Versorgungsrealität, dass die Mehrzahl der praktisch durchgeführten Psychotherapien nicht aus dem wissenschaftlich fundierten Bereich stammt. Dies trifft auch für die durch die Krankenkassen finanzierten Therapien zu. Historisch haben sich viele Psychotherapierichtungen entwickelt und in der praktischen Versorgung installiert, während erst in den letzten Jahrzehnten die Forderung nach wissenschaftlicher Fundierung laut wurde. Daraus ergeben sich zahlreiche Spannungen und offene Fragen.

In Zeiten knapper Ressourcen im Gesundheitswesen besinnt dieses sich auf die Grundleistungen, die es zu erfüllen hat. Das öffentliche Gesundheitssystem muss dafür Sorge tragen, dass wissenschaftlich begründete Behandlungsverfahren bei anerkannten Krankheiten zur Anwendung kommen. Je knapper die finanziellen Ressourcen sind, desto stärker wird (und muss vermutlich auch) dieses Prinzip zum Tragen kommen. Es kann nicht Aufgabe der allgemeinen Gesundheitsversorgung und damit der Solidargemeinschaft sein, unkritisch Behandlungsverfahren zu finanzieren, über deren Wirksamkeit außer persönlichen Erfahrungsberichten nichts vorliegt.

Auf der anderen Seite verhindert man jegliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, wenn Neuentwicklungen oder wissenschaftlich weniger begründete Verfahren zu vehement ausgegrenzt oder gar unterdrückt werden. Es kann zwar nicht Aufgabe in der allgemeinen Gesundheitsversorgung sein, allen Versicherten solche explorativen Therapieverfahren zur Verfügung zu stellen, jedoch sollte für Modellprojekte und wissenschaftliche Studien durchaus der Erfahrungsschatz genutzt werden, der in der Vielfalt der bestehenden »Psychotherapieschulen« zu finden ist.

Leider macht bereits der Begriff »Psychotherapieschule« deutlich, dass das Problem hiermit noch nicht gelöst werden kann. In vielen Fällen werden angehende Psychotherapeuten in ihrer Therapieausbildung auf eine Therapierichtung »eingeschworen« und von den Aus- bzw. Weiterbildungsinstituten bestehen genuine materielle Interessen, die eigene Richtung entsprechend stark vertreten zu haben. Für die Zukunft ist zu hoffen, dass solche Partialinteressen einzelner Psychotherapieschulen zunehmend in den Hintergrund rücken, um das höhere Gut einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung noch mehr in den Mittelpunkt zu stellen.

### 1.3 Forschungsmethoden der Psychotherapie: Untersuchungsdesigns

In der Erforschung der Wirksamkeit pharmakologischer Substanzen hat sich die sog. Doppel-Blind-Studie als »goldener Standard« durchgesetzt. Bei diesem Studientyp erhält der Patient typischerweise ein Präparat, das entweder den zu untersuchenden Wirkstoff (Verum) oder keinen Wirkstoff (Plazebo) enthält. Weder der Patient noch der ihn betreuende Arzt wissen Bescheid, ob das Präparat den entsprechenden Wirkstoff enthält (deshalb »Doppel-Blind«). Ein solches Design erlaubt eine gewisse Abschätzung, wie viel Prozent der Wirkung eines Medikaments auf die spezifische chemische Substanz zurückzuführen sind. Deshalb wird oftmals versucht, unspezifische Wirkungseffekte (z.B. Zuwendung durch den Arzt) gering zu halten oder wenigstens zu parallelisieren. Während für den Wissenschaftler die Frage nach der Spezifität der chemischen Wirkung von besonderer Bedeutung ist, hat der Patient eine andere Zielsetzung: Er wünscht sich die maximale Wirkung eines Medikaments, egal ob diese Wirkung auf Pharmakologie oder sonstige Einflüsse zurückzuführen ist. Aus diesem Grund spiegeln Doppel-Blind-Studien nicht automatisch die klinische Wirksamkeit wider. Auch wurden sie kritisiert, da gerade bei Psychopharmaka der erfahrene betreu-

ende Arzt oftmals innerhalb weniger Tage sehr präzise abschätzen kann, ob der behandelte Patient ein Plazebo oder Verum bekommt; somit sind Erwartungseffekten Tür und Tor geöffnet.

Es wurde immer wieder überlegt, ob der Ansatz der Doppel-Blind-Studie nicht auch auf die Psychotherapieforschung anwendbar ist. Da der Behandler wissen muss, welche Interventionen er durchzuführen hat, ist er jedoch nicht mehr »blind«, und es sind bestenfalls noch »Einfach-Blind-Studien« möglich. Allerdings kann durch den Einsatz »blinder« Beurteiler des Zustandes der Patienten diesem Problem begegnet werden. Vor und nach der Behandlung schätzen neutrale Beurteiler zum Beispiel die Beeinträchtigung des Patienten durch die Störung ein, ohne zu wissen, in welcher Behandlungsbedingung der Patient ist.

Aktuell gilt immer noch als Königin der experimentellen Therapiestudien die randomisierte klinische Studie, bei der zwei, besser drei Behandlungsbedingungen (auch Behandlungsarme genannt) miteinander verglichen werden. Diese randomisierten klinischen Studien (**Randomised Clinical Trials, RCT**) verwenden ebenfalls wie die Doppel-Blind-Studien Vergleichsgruppen, die entweder keine Behandlung oder »Plazebo-Behandlungen« bekommen. Der Einsatz von Plazebo-Behandlungen ist jedoch bereits bei pharmakologischen Ansätzen mindestens ethisch fragwürdig (Kann Patienten eine wirkungsvolle Substanz vorenthalten wer-

den? Sollte nicht grundsätzlich eher gegen die als wirkungsvoll nachgewiesene Standardbehandlung getestet werden?). Bei Psychotherapie-Studien ist der Begriff »Plazebo-Behandlungen« demgegenüber oftmals kaum mehr befriedigend definierbar. So werden in der Psychotherapie oftmals jene Aspekte systematisch ausgebaut, die in der Pharmaforschung möglichst minimiert werden (z.B. Erwartungseffekte bei Patienten, Behandler-Patient-Beziehung etc.). Trotzdem stellen randomisierte klinische Studien diejenigen Psychotherapie-Studien mit der höchsten wissenschaftlichen Aussagekraft dar.

**Randomisierte Gruppenvergleichsstudien (Randomized Clinical Trials, RCT) sind der »Goldstandard« in der Psychotherapie-Forschung.**

Eine korrekte Randomisierung ist bei den RCTs von zentraler Bedeutung. Werden zwei Behandlungsgruppen verglichen, ohne dass die Patientenzuordnung randomisiert erfolgt, ist die Gefahr systematischer und zwischen den Gruppen unterschiedlicher Selektionseffekte gegeben. Wird zum Beispiel im Krankenhaus A Behandlung X durchgeführt, im Krankenhaus B Behandlung Y, so können sich alleine Unterschiede daraus ergeben, dass die Krankenhäuser von unterschiedlichen Patienten aufgesucht werden. Unterschiedliches Intelligenzniveau, unterschiedlicher sozialer Status, unterschiedliche Erwartungshaltungen bei Patienten, unterschiedliche Baulichkeiten, ein unterschiedlich guter Ruf der Krankenhäuser können Einflussvariablen darstellen, die zu systematischen Ergebnisverzerrungen führen. Auch wenn post hoc bei Gruppenvergleichen auf bestimmten Variablen keine Gruppenunterschiede gefunden werden, ersetzen diese post hoc-Vergleiche keine randomisierte Studie, da in Variablen Unterschiede bestehen können, die bislang noch

gar nicht berücksichtigt und/oder bekannt sind.

Trotzdem ist es bei manchen Fragestellungen nicht möglich, eine »reine« Randomisierung durchzuführen. So macht die Randomisierung auf Patientenebene wenig Sinn, wenn man Gruppentherapie-Studien durchführt. Hier wird man sinnvollerweise eine **Blockrandomisierung** oder **Kohortenrandomisierung** vornehmen, bei der die jeweils der Gruppengröße entsprechenden (z.B. 6–8) nächsten Patienten gemeinsam einer bestimmten Behandlungsbedingung zugeordnet werden. Zwar können auch hierbei systematische Verzerrungen auftreten, unter Abwägung dieser potentiellen Selektionseffekte und der praktischen Notwendigkeiten der Studiendurchführung erscheint ein solches Vorgehen jedoch trotzdem oftmals praktikabel.

Welche Vergleichsgruppen sollen bei Therapiestudien herangezogen werden? Eine »Plazebo-Gruppe« ist oftmals schwierig, weswegen häufig **Wartekontrollgruppen** verwendet werden. Diese sind besonders praktikabel, da in vielen Fällen Wartezeiten vor Behandlungsbeginn der Realität entsprechen und ein solches Vorgehen somit für Patienten hoch akzeptabel erscheint. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Patienten in der Warte-Kontrollgruppe sich anders verhalten als Patienten, die wissen, dass ihnen eine Behandlung in diesem Behandlungszentrum verwehrt wird und deshalb vermehrt Selbsthilfestrategien oder andere Behandler aktivieren. Beim Wartegruppen-Design wird zwischen Eigen-Wartegruppe und Fremd-Wartegruppe unterschieden. Beim Fremd-Wartegruppen-Design wird eine Behandlungsgruppe mit einer Gruppe von anderen Patienten verglichen, die in der vergleichbaren Zeit auf einen Behandlungsplatz warten. Beim Eigen-Wartegruppen-Design erhält die Wartegruppe nach der Wartephase eine Behandlung, wobei die nachfolgenden Behandlungseffekte dieser Eigen-Wartegruppe ebenfalls in die

Analyse mit eingehen. Hierbei sind jedoch mögliche Abfolgeeffekte zu berücksichtigen. Gut kontrollierte randomisierte klinische Studien sind oftmals nur in Forschungseinrichtungen möglich. Demgegenüber werden auch Forschungsdesigns benötigt, die im Rahmen der klinischen Versorgung eingesetzt werden können. Hierzu bieten sich z.B. »Multiple Baseline Designs« an. Dabei wird die Wartezeit (oder die Zeit mit einer bestimmten Standardbehandlung) unterschiedlich lange gestaltet, so dass aus dieser unterschiedlich langen Vorbehandlungs- oder Wartezeit abgeschätzt werden kann, welche Veränderungen allein aufgrund der Zeit oder der Standardbehandlung erwartet werden können. Daraus lassen sich Schätzwerte errechnen, wie der Zustand der Patienten zum Ende der Gesamtbehandlung wäre, wenn kein zusätzliches Treatment hinzukommt. Diese Schätzwerte für das Ende der Behandlung werden verglichen mit den real erhobenen Werten, wenn zum Beispiel in der zweiten Behandlungshälfte eine zusätzliche Behandlungsbedingung realisiert wird. Es stellt sich die Frage, ob der einfache Vergleich von Behandlungsbeginn und Behandlungsende auch Psychotherapieforschung genannt werden sollte. Solche **Prä-Post-Vergleiche** sind sicherlich ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherungsmaßnahmen klinischer Einrichtungen und sollen deshalb durchgeführt werden. Da sie jedoch keine Abschätzung von Effekten erlauben, die systematisch auf das Treatment zurückzuführen sind, erfüllen Prä-Post-Studien nicht die Kriterien an Psychotherapieforschung. Sie gestatten hingegen die Klärung wichtiger anderer Fragestellungen, z.B. der Analyse von Prädiktoren für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf (**Prädiktorenforschung**) oder die erste Abschätzung der »Verträglichkeit« von Interventionen (Wie viel Personen beschreiben am Ende der Behandlung Besserungen, wie viel Personen

beschreiben Verschlechterungen bzw. »Nebenwirkungen«?).

Während die bisher beschriebenen Designs vor allem eine Abschätzung der Effektivität bestimmter Behandlungsmaßnahmen (Erfolgsmessung, »Efficacy«) gestatten, verfolgt die Therapieprozessmessung mehr das Ziel, die Veränderungsprozesse während der Psychotherapie sowie damit assoziierte Interventionsteile genauer zu beschreiben. Hierzu werden nicht nur Variablen zum Behandlungsbeginn und Behandlungsende erhoben, sondern zu mehreren Zeitpunkten während der Behandlung. Therapieprozessforschung kann viel zur Optimierung von Interventionen beitragen, ersetzt jedoch nicht die Therapieerfolgsmessung. Im letzten Kapitel wird noch etwas spezifischer auf die Therapieprozessforschung eingegangen.

Die einfachste Studienart, zumindest was die Patientenzahl betrifft, stellt die **Einzelfallstudie** dar. Jedoch gilt auch hier, dass für ein wissenschaftliches Design ein einfacher Prä-Post-Vergleich nicht ausreichend ist. Eine Einzelfallstudie im wissenschaftlichen Sinne zeichnet sich dadurch aus, dass systematische Variationen in der verabreichten Intervention vorgenommen werden (z.B. systematischer Einsatz postulierter Wirkvariablen versus reine emotionale Zuwendung ohne Vermittlung systematischer Bewältigungsstrategien). Einzelfallstudien sollten so angelegt werden, dass sie mit anderen Einzelfallstudien zusammengefasst werden können und somit kumulierte Einzelfallstudien entstehen. Typische Designs wären z.B. A-B-A-B-Abfolgen, wobei der Buchstabe A für Therapiephasen ohne vermutete Hauptwirkung, B für Behandlungsphasen mit Einsatz der als spezifisch angenommenen Intervention stehen. Dabei wird erwartet, dass sich während der B-Phasen deutlichere Veränderungen ergeben als während der A-Phasen.

## 1.4 Wie soll in der Psychotherapieforschung Erfolg gemessen werden?

Oftmals wird als Kritik an der Psychotherapieforschung vorgebracht, dass die individuellen Veränderungen während einer Psychotherapie nicht messbar seien und deshalb eine empirische Psychotherapieforschung unmöglich sei. Damit verbunden ist die Kritik, dass bisherige Psychotherapieforschung kognitiv-behaviorale Therapieansätze begünstigen würde, da hierbei beobachtbares Verhalten im Vordergrund steht, während andere therapeutische Ansätze, die schwerer messbare Konstrukte verändern möchten, im Nachteil seien. Verschiedene Psychotherapie-Richtungen verfolgen in klinisch-relevanten Teilbereichen unterschiedliche Psychotherapie-Ziele, was einen Vergleich erschwert. Andererseits gibt es schulenunabhängige Variablen, die gerade für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen von Relevanz sind (Behebung der Krankheitssymptomatik, Reduktion von Arbeitsausfällen etc.) Der von Schulte (1993) ausformulierte Vorschlag zur Veränderungsmessung ist ein wichtiger Leitfaden zur Messung von Therapieerfolg, der die verschiedenen Aspekte berücksichtigt und deshalb als »schulenübergreifend« bezeichnet werden kann. Nach diesem Modell soll Therapieerfolg grundsätzlich auf folgenden 3 Ebenen erfasst werden:

### 1. Messung der vermuteten Ursachen oder »Defekte«

Diese Ebene ist in aller Regel durch schulenspezifisches Denken geprägt, so dass hier auch entsprechend richtungsabhängige Maße eingesetzt werden können (z.B. Erfassung des Vermeidungsverhaltens bei verhaltenstherapeutischen Interventionen, Er-

fassung von Beziehungsmustern bei psychodynamischen Interventionen etc.).

### 2. Erfassung der Symptomatik

Aufgabe der Krankenversicherungen und damit der Solidargemeinschaft ist es, wissenschaftlich fundierte Behandlungen bei anerkannten Erkrankungen zu bezahlen. Krankheitsbilder sind über die Symptomatik definiert. Deshalb ist es bei Psychotherapiestudien im klinischen Bereich unabhängig vom Therapieansatz unerlässlich, dass eine systematische Erfassung der akuten klinischen Symptomatik erfolgt. Hierzu bieten sich Instrumente wie z.B. die Symptom Check List SCL-90R zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie, das Beck Depressionsinventar BDI zur Erfassung depressiver Symptome etc. an. Grundsätzlich sollten zum einen Instrumente verwendet werden, die die Kernsymptomatik der Krankheitsgruppe reliabel und valide erfassen, zum andern sollten jedoch auch Instrumente eingesetzt werden, die eher die allgemeine psychopathologische Symptomatik messen, um Antwort auf die Frage zu geben, ob die Behandlung zu »Symptomverschiebungen« oder Ähnlichem führt.

### 3. Erfassung der Krankheitsfolgen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat einen ausführlichen Katalog zur systematischen Erfassung von Krankheitsfolgen vorgestellt (WHO, 2001). Die Erfassung der Folgen einer Erkrankung kann ebenfalls unabhängig von den Psychotherapieschulen der Studienleiter erfasst werden. Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit, die Einschränkung bei der Erfüllung häuslicher Aufgaben oder in der Gestaltung der Freizeit sind typische Krankheitsfolgen, die erfasst werden müssen. Allgemeine Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden bzw. Demoralisierung sollten ebenfalls Gegenstand einer Eva-

luation der Folgen einer Erkrankung sowie der Wirksamkeit von Interventionen sein. Ein Teilbereich der Lebensqualität ist auch die subjektive Einschätzung der Probanden, ob sie sich krank fühlen (»subjektive Krankenrolle«, gesundheitsbezogene Lebensqualität). Subjektive Krankheitsmodelle sind oftmals der Auslöser für die Inanspruch-

nahme von Leistungen im Gesundheitssystem (Inanspruchnahmeverhalten). Dieses Inanspruchnahmeverhalten stellt gemeinsam mit Arbeitsunfähigkeitszeiten oftmals den Haupt-Kostenfaktor von Krankheiten dar und ist deshalb vor allem für sozioökonomische Bewertungen von Interventionen von höchster Relevanz.

**Erfassung von Therapieerfolg in Interventionsstudien: Was muss gemessen werden?**

- Vermutete störungsbedingende Faktoren (kann schulenspezifisch definiert werden)
- Kernsymptomatik, allgemeine Psychopathologie
- Krankheitsfolgen

Neben dieser multi-dimensionalen Erfassung von Therapieerfolg sollten des Weiteren auch verschiedene Methoden eingesetzt werden (»**multimethodaler Ansatz**«). Selbstbeschreibungsvorgänge für Patienten sollten durch systematische Einschätzungen der Therapeuten und/oder strukturierte Interviews ergänzt werden. Systematische Zusatzinformationen (z.B. durch behandelnde Ärzte, durch Familienangehörige etc.) erhöhen die Qualität der gefundenen Ergebnisse. In der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung ist es darüber hinausgehend ein Qualitätsmerkmal, wenn »blinde« Experten für die Behandlungsbedingung den aktuellen klinischen Status einschätzen, um durch dieses Fremdrating eine neutrale Wirksamkeitsabschätzung der Intervention vornehmen zu können.

## 1.5 Gütekriterien für Therapiestudien

In **Tab. 1.1** sind nochmals alle Gütekriterien zur Bewertung von Interventionsstudien aufgeführt. Je mehr dieser Kriterien erfüllt sind, desto höher kann die Qualität der Therapiestudie angesehen werden. Für wissenschaftliche Veröffentlichungen werden

darüber hinaus die sog. CONSORT-Kriterien (Moher, Schulz & Altman, 2001) angelegt, die auch für pharmakologische und andere klinische Studien gelten. Neben einer genauen Beschreibung der Randomisierungsprozedur wird dabei unter anderem großer Wert auf eine Beschreibung der Probanden-Selektionsprozesse gelegt (Wie viel Personen wurden an welcher Stelle der Studie ausgeschlossen oder waren Drop-outs?). Liegen für ein Störungsbild bereits wissenschaftlich überprüfte und effektive Behandlungsverfahren vor, so ist die Verwendung von Placebo-Gruppen oder unbehandelten Wartegruppen ethisch unter Umständen fragwürdig. Deshalb kann bei der Überprüfung eines noch neuen Verfahrens auch ein Vergleich zu bereits bestehenden und als erfolgreich belegten Verfahren durchgeführt werden. Hierbei ist jedoch auf eine ausreichende Stichprobengröße zu achten. Werden zwei Behandlungsbedingungen verglichen, die beide als wirksam angenommen werden, zwischen denen jedoch trotzdem kleine bis mittlere Effektivitätsunterschiede bestehen, so können diese nur bei sehr großen Stichproben entdeckt und ausgewiesen werden. In früheren Vorschlägen der American Psychological Association wurde als Mindeststichprobe zum Vergleich zweier als aktiv anzunehmender Behandlungen ein Minimum von 30 Personen pro Behandlungsbe-

**Tab. 1.1:** Standards für die Bewertung von Interventionsstudien

- 
- Randomisierte Zuteilung der Gruppenmitglieder auf die Behandlungsgruppen, genaue Beschreibung der Randomisierungsprozedur.
  - Verwendung einer adäquaten Kontrollgruppe oder Vergleich zweier verschiedener Behandlungsgruppen.
  - Adäquate Stichprobengröße (Empfehlung: In der Regel mindestens 40 pro Behandlungsgruppe), ausreichende statistische Power, adäquate Rücklaufzeiten zu den verschiedenen Messzeitpunkten.
  - Benutzung reliabler Messinstrumente für die diagnostische Eingangsuntersuchung, zur Veränderungsmessung und Outcome-Messung.
  - Multidimensionaler, multimodaler und multimethodaler Ansatz zur Messung von Therapieerfolg.
  - Einsatz strukturierter klinischer Interviews zur Diagnosestellung.
  - Definition primärer Outcome-Variablen.
  - Durchführung der Eingangsuntersuchung sowie Outcome-Bewertung durch »blinde« Diagnostiker/Experten.
  - Durchführung der Behandlungen in Übereinstimmung mit einem Behandlungsmanual; »Treatment-Integrität« (Prüfung der Einhaltung des Behandlungsmanuals).
  - Gute Beschreibung der Interventionstechniken.
  - Spezifizierung des Ausmaßes des Trainings/der Berufserfahrung der Therapeuten.
  - Prospektive Studie mit ausreichend langem Follow-up (bevorzugt mindestens 1 Jahr).
  - Angabe von Stichprobencharakteristika wie Alter, sozioökonomischer Status, Familienstand sowie weitere Stichprobenmerkmale.
  - Angabe des Vorgehens der Stichprobenrekrutierung, Selektionseffekte.
  - Angabe der Drop-out-Raten und ihre statistische Handhabung, ggf. Intend-to-treat-Analysen.
  - Berechnung von Effektstärken, Korrektur der Effektstärken/Erfolgsmaße in Abhängigkeit von den Rücklaufzeiten (Rief & Hofmann, in press).
  - Angabe aller Sponsoren.
- 

Anmerkung: Diese Kriterien wurden in leicht modifizierter Form übernommen von den Empfehlungen der American Psychological Association, z.B. in Chambless & Ollendick (2001).

dingung vorgeschlagen. Die zu veranschlagende Stichprobengröße ist jedoch davon abhängig, welche Effektivität bzw. Effektivitätsunterschiede erwartet werden. Studien mit Stichprobengrößen von  $n = 30$  erbringen trotz mittlerer Effektivitätsunterschiede zwischen zwei Behandlungsbedingungen sehr wahrscheinlich keine signifikant unterschiedlichen Ergebnisse. Bestehen also leichte bis mittlere Effektivitätsunterschiede zwischen den beiden getesteten Interventionen, werden diese mit hoher Wahrscheinlichkeit

nicht entdeckt werden, und der Forscher schließt fehlerhaft, dass die Interventionen gleich wirksam wären (Typ-II- oder Beta-Fehler). Deshalb wird vorgeschlagen, die Mindest-Stichprobengröße auf 40 Patienten pro Behandlungsbedingung festzulegen, vor allem wenn die vergleichbare Wirksamkeit zweier Methoden getestet werden soll. Außerdem sollte in solchen Fällen natürlich auch der Beta-Fehler berichtet werden, was in der Regel nicht gemacht wird. Bei verschiedenen Fragestellungen sind jedoch

deutlich größere Stichproben notwendig, um sinnvolle Ergebnisse zu erbringen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bei einem bestimmten Störungsbild nur kleine bis mittlere Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe erwartet werden (Bsp.: Einfluss auf Schmerzintensität bei chronischen Schmerzpatienten), oder wenn die Überlegenheit eines mindestens mittel-effektiven Treatments über ein anderes, ebenfalls mindestens mittel-effektives Treatment untersucht werden soll. Schließlich soll auch bei Phase-4-Studien die Stichprobengröße möglichst dreistellig sein, um die Heterogenität der Patientengruppe entsprechend abzubilden.

Professionelle Therapie setzt voraus, dass die Entscheidungsregeln beim Durchführen der Behandlung kommuniziert werden können. Ist im Nachhinein das Vorgehen nicht mehr begründbar, unklar oder nicht lehrbar, muss die Therapiestudie als relativ wertlos angesehen werden. Damit ist auch naheliegend, dass ein Behandlungsmanual ein notwendiges Qualitätskriterium einer Interventionsstudie darstellt. Liegen Behandlungsmanuale vor, kann auch überprüft werden, ob »**Treatment-Integrität**« besteht, ob also in der Behandlung das durchgeführt wurde, was im Manual vorgeschlagen wird. Dies ist umso bedeutungsvoller, da unter allgemeinen und unspezifischen Überschriften wie »Verhaltenstherapie« oder »Psychodynamische Therapien« dermaßen heterogene Interventionen versteckt sein können, dass eine Therapiestudie kaum interpretiert werden kann, wenn nicht detaillierte Informationen zum therapeutischen Vorgehen vorliegen.

Zur Abschätzung der gesundheitsökonomischen Relevanz einer Behandlung gehört nicht nur die Erfassung der entsprechenden Variablen auf Patientenseite (z.B. Reduktion der Anzahl von Arztbesuchen oder Arbeitsunfähigkeitstagen), sondern auch die Bewertung des Schulungsaufwandes für Therapeuten. Sind 2 Behandlungen gleich effektiv, unterscheiden sich jedoch in der

Dauer und Intensität der Schulung der Therapeuten, so ist gesundheitsökonomisch der Intervention der Vorzug zu geben, die auf eine kürzere Schulung der Therapeuten aufbaut. Weitere gesundheitsökonomische Aspekte werden weiter unten ausgeführt.

Dass Follow-ups (Nachfolgeuntersuchungen nach Abschluss der Behandlung) zu einer guten Therapiestudie gehören, ist unstrittig. Unklar ist jedoch, was eine Mindestzeitspanne für Follow-up-Untersuchungen darstellt. Als Folge des allgemeinen Publikationsdrucks, unter dem Wissenschaftler stehen, ist gerade im englischsprachigen Raum eine unbefriedigend kurze Zeitspanne bis zur Durchführung von Katamneseuntersuchungen zu beobachten, die zwischen 8 Wochen und unter 6 Monaten liegt. Bei vielen Fragestellungen ist jedoch die Untersuchung von Langzeiteffekten sinnvoll, die deutlich über einem Jahr liegen (z.B. bei gesundheitsökonomischen Analysen).

Ein ungelöstes Problem ist die Frage, wie mit unterschiedlichen Drop-out-Raten bei Psychotherapiestudien umgegangen werden soll. Während Therapiestudien aus Forschungseinrichtungen bei Katamneseuntersuchungen manchmal über 90 % der Patienten nachuntersuchen können, die auch bei der Eingangsuntersuchung mit erhoben wurden, finden sich in der klinischen Anwendungsforschung manchmal Studien mit Rücklaufquoten unter 60 %. Auch wenn im 2. Falle durch statistische Analysen überprüft wird, ob systematische Verzerrungen aufgetreten sind, können solche Studienergebnisse kaum adäquat interpretiert werden. Selbst wenn die berücksichtigenden statistischen Analysen keine Selektionseffekte belegen können, ist trotzdem ein Selektionseffekt in höchstem Maße naheliegend. Deshalb bleibt die Tatsache bestehen, dass Studienergebnisse umso besser interpretierbar sind, je höher die Rücklaufquote zum Studienabschluss bzw. zur Katamnese ist. Effektivitätsmaße aus Studien mit hohen drop-out-Raten müssen deshalb schwä-