

Michael B. Buchholz, Göttingen

Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll

(Erstveröffentlichung: Forum der Psychoanalyse (2000) 16, 59-80)

Die Ausgangslage

Der erkämpfte und durchaus auch erlittene Veränderungsdruck durch das PtG verschärft die Konkurrenz im gesamten psychotherapeutischen Feld. Die Situation schwirrt von paradoxalen Momenten: Ein ganzer Berufsstand wird durch seine Professionalisierung gesellschaftlich anerkannt – aber leidet darunter; sein Betätigungsfeld erhält juristisches Format und zugleich wird das Territorium so enggezurt, daß manche fürchten, daß bei dieser Gelegenheit die Psychotherapie insgesamt stranguliert wird; vielfach gilt als anerkannt, daß Psychotherapie – gleichgültig welcher Schule – grundsätzlich wirkt und zugleich werden die kleinen Differenzen an Vorsprüngen rhetorisch gewaltig aufgebläht; manche behaupten, aus der Forschungslage einige wenige Faktoren als wirksam extrahieren zu können, andere behaupten das gleiche, extrahieren aber ganz andere Faktoren; die Forschung wird als Schiedsrichter im Wettkampf der therapeutischen Schulen in Anspruch genommen, teils aber wollen die Schiedsrichter selbst mitspielen und den von ihnen privilegierten Schulen dann wissenschaftlich legitimierte Standortvorteile verschaffen.

Paradoxien in einer Vielzahl von Kontexten

Was macht die Situation so paradox? Pragmatische Paradoxien entstehen, wenn dieselben Ereignisse innerhalb verschiedener Kontexte unvereinbare Bedeutungen erhalten, wenn diese Bedeutungen zugleich als relevant erkannt, für Handeln verpflichtend und für die Zugehörigkeit zur jeweiligen Gruppe als verbindlich angesehen werden müssen und wenn aus den unterschiedlichen Bewertungen und Bedeutungen gegenteilige Handlungsmaximen folgen. Ödipus wird geweissagt, daß er seinen Vater umbringen und seine Mutter heiraten wird – im Kontext *dieser* Weissagung ist seine Reaktion richtig: er verläßt seine Pflegeeltern, um sein Ziel zu erreichen, die Vorhersage nicht eintreten zu lassen. Im *anderen* Kontext des griechischen Mythos ist seine Reaktion gerade falsch: sie führt zur Erfüllung der Vorhersage. Ins Zentrum der Tragödie ist eine Paradoxie eingerückt. Wenn Ödipus „richtig“ handelt, handelt er „falsch“ – und umgekehrt. Die Paradoxie heißt „richtig = falsch“. Zur Bedingung der tragischen Wirksamkeit von Paradoxien gehört, daß eine solche Gleichung nicht als einfacher „Un-Sinn“ abgetan werden kann. In menschlichen Tragödien geht es nicht logisch zu.

Einfache Paradoxien von der Art „Alle Kreter lügen – sagt ein Kreter“ kommen ohne das tragische Moment aus. Aus der Formulierung folgt nur: wenn der Kreter Recht hat (daß *alle* Kreter lügen), dann lügt er. Wenn er aber lügt, sagt er gerade die Wahrheit. Hier entsteht die Paradoxie nicht durch das Tragische, sondern durch die Selbstrückbezüglichkeit der Aussage. Paradoxien über-

schreiten die Logik und weisen auf andere Dimensionen hin. Sie zu „ent-paradoxieren“ ist vermutlich das, was im allgemeinen als „Lösung“ eines Konflikts bezeichnet wird.

Verschiedene Möglichkeiten zur Entparadoxierung können eingesetzt werden. Die eine ist, das Paradox zu ignorieren und es als „eigentlich anders gemeint“ zu interpretieren, eine andere ist, den Sprecher aufzuteilen und anzunehmen, mal spreche er als „Kreter“, mal als „Beobachter der Kreter“. Das ist dann in eine Theorie logischer Typen eingegangen, die man als Entparadoxierungsstrategie auffassen kann. Allerdings gibt es nicht für jedes Paradox ein Gegengift; manche kann man nur ertragen. Vielleicht gilt das für die derzeitige Lage des psychotherapeutischen Feldes, aber man kann vor der Resignation noch Entparadoxierungsversuche durchspielen.

Kann Wissenschaft die Profession entparadoxieren?

Verschiedene Kontexte, die die derzeitige Auseinandersetzung im psychotherapeutischen Feld paradoxieren, lassen sich beschreiben. Die Unterscheidung dieser Kontexte benutze ich als Strategie beim Versuch der Entparadoxierung des psychotherapeutischen Feldes. Dabei muß ich feststellen, daß diese Kontexte selbst nicht homogen sind.

Der *ökonomische* Kontext bildet das derzeit größte Format, sozusagen den „Kontext der Kontexte“, denn es scheint so, als könne nichts unabhängig von der Frage, was es kostet, entschieden werden. Das konfliktiert mit inhaltlich-sachlichen und ethischen Gesichtspunkten. In der Organmedizin werden durchaus nicht nur jene Therapien gefördert, die Kosten reduzieren; operative Eingriffe, die Überlebenschancen von genetisch beeinträchtigten Kindern erhöhen, ziehen erhebliche Kosten nach sich, u.a. die, daß die genetische Störung an die nächste Generation weitergegeben wird, wenn ihren Trägern das Überleben operativ ermöglicht wird. Erfolgreiche Krebsoperationen ziehen Kosten durch weitere Behandlungen (Bestrahlungen, Pflegeleistungen) nach sich, billiger wären andere „Lösungen“. Was in einem Kontext, der das individuelle Schicksal berücksichtigt, richtig ist, muß das nicht in einem anderen Kontext sein. Die Entparadoxierung besteht hier darin, Wertentscheidungen zu treffen. Dann ist gewiß ein Segen, wenn nicht nach Kostengesichtspunkten entschieden wird. In der Psychotherapie aber scheint die Wertentscheidung allein zugunsten der Ökonomie fallen zu sollen.

Der *wissenschaftliche* Kontext ist seinerseits durchaus nicht frei von internen Inkonsistenzen. Ein paar Beispiele: Was die einen als Stand der Forschung ausgeben, nehmen die anderen nicht unwidersprochen hin. Die verschiedenen Autoren in dem von Talley et al. (1994) zur Überwindung des „Grabens“ zwischen Forschung und Praxis herausgegebenen Band halten sich gegenseitig häufiger vor, den „Stand der Forschung“ nicht zur Kenntnis zu nehmen – aber diese Mahnung gilt nicht den zu diesem Band beitragenden Praktikern, sondern den forschenden Kollegen! Gemeint sind regelmäßig, wie man den dann folgenden Zitierungen entnehmen kann, die eigenen Forschungsarbeiten. Ein anderes Beispiel betrifft die Verwendung der „rating“-Methode, um den Einsatz von Verfahren oder Ergebnissen „messen“ zu können. Raue et al. (1995) verwendeten ein gut operationalisiertes Meßinstrument, das „working alliance inventory“ (WAI) zur Beurteilung des Arbeitsbündnisses in einer transkribiert vorliegenden Therapie. Verglichen wurden die Beurteilungen durch zwei verschiedene Gruppen von ratern. Die einen waren behavioral, die anderen psychodynamisch orientiert – und sie unterschieden sich, trotz des „Meß“-Instrumentes – in vorhersagbarer Weise deutlich voneinander! Die Beurteilung ist abhängig von der theoretischen Voreinstellung. Das braucht diejenigen nicht zu wundern, die seit Jahren wissen, daß es keine theoriefreien Beobachtungen geben kann, aber das ist nun sogar empirisch bestätigt und dürfte, nimmt man den Befund ernst, paradoxe Probleme für die Forschungsmethodologie aufwerfen – es ist ein Beispiel der Selbstrückbezüglichkeit. Ein drittes Beispiel betrifft, was man aus dem

„Stand der Forschung“ über die Profession entnehmen kann. Grawe (1995) hat vier Therapeutenvariablen genannt; andere wie Miller, Duncan und Hubble (1997) sortieren die Forschungslage ganz anders und finden, daß die Differenzen v.a. auf der Ebene der Semantik zwischen den Schulen bestehen, nicht aber in den Ergebnissen. Auch sie schlagen differenziert einige Faktoren vor. Sie unterscheiden sich von den Grawe'schen ganz wesentlich; mir kommt es hier nicht darauf an, das inhaltlich zu diskutieren, sondern darauf, daß der Forschungsstand höchst verschieden, in jedem Fall nur selektiv rezipiert werden kann – was die Auswahl steuert, sind die eigenen Vorlieben und die Fähigkeit, dissonante Informationen zu ertragen, also solche, die dem eigenen Vor-Urteil widersprechen.

Und schließlich gibt es den *professionellen* Kontext. Hier wird ausgebildet und behandelt. Eine Vielzahl von Schulen konkurriert mit anderen und innerhalb derselben Schulen konkurrieren höchst widersprüchliche Theorien. Auch hier ist die Fähigkeit zur Rezeption dissonanter Informationen nicht besonders hoch. Burland (1997) hat 450 Kasuistiken von Examenskandidaten psychoanalytischer Institute untersucht und feststellen müssen, daß die Schilderungen der Behandlungsverläufe sich allesamt theoriekonform glichen und man muß sich mit dem Autor wundern, daß eine solche Homogenität beschrieben wird – bei so unterschiedlichen Patienten und so unterschiedlichen Therapeuten. Ich nenne das als Beispiel von vielen möglichen aus dem professionellen Kontext.

Gemeinsam scheint den verschiedenen Kontexten eine erhebliche Einschränkung der eigenen Lernfähigkeit zu sein. Wenn Kostenvertreter nur noch nach dem Gesichtspunkt „bezahlbar/nicht bezahlbar“, Wissenschaftsvertreter nur noch unter dem Gesichtspunkt „empirisch belegt/nicht belegt“ die Ereignisse in ihrer Welt beobachten, und wenn Professionsvertreter die Dinge nur danach entscheiden, ob sie sich bedroht fühlen oder nicht, dann bedeutet das nicht nur eine ungeweine Einschränkung dessen, was wahrgenommen werden kann, sondern zugleich auch erhebliche und kaum bewältigbare kommunikative Blockaden zwischen den verschiedenen Vertretern. Forscher werden, wie manche vermuten (Rudolf 1991, Jaeggi 1994, Hutterer 1996) und Befragungen belegen (Welter-Enderlin und Hildenbrand 1996, Ahlers und Gamm 1989), von professionellen Praktikern wenig zur Kenntnis genommen. Verschmäht schlägt das Imperium frustrierter Forscher zurück und verschafft sich Aufmerksamkeit mit ökonomischen Imperativen und der Mobilisierung der Öffentlichkeit. Das wiederum mobilisiert die defensiven Neigungen der Professionen, von denen manche sich einigeln oder das Heil in einer Trutzbürgmentalität suchen. Ergebnis ist, daß Kommunikationsfähigkeit abnimmt und Lernfähigkeit weiter eingeschränkt wird; das Potential, das in den verschiedenen Kontexten steckt, kann nicht zur wechselseitigen Anregung und produktiven Irritation genutzt werden.

Manche kompensieren solche Flurschäden durch ein Maximum an Selbstausschöpfung, indem sie Therapeuten und Wissenschaftler in Personalunion sind, aber sie spüren die Zerrissenheit aus der Zugehörigkeit zu so verschiedenen kontextuell bestimmten Anforderungen und es sind nicht viele, die die Energie dazu haben. Wenn sie dann noch den Berufspolitikern für deren Rolle im ökonomischen Kontext argumentativ zuarbeiten, verlassen sie bald den professionellen Kontext und mutieren: entweder zu Vollzeitwissenschaftlern oder –Berufspolitikern. Das heißt dann „Arbeitsteilung“, ist aber eher ein persönlich verschleißender Kontextwechsel. An ein „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ ist dann nicht mehr zu denken, allenfalls im Sinne eines fernen Ideals.

Bisher hat man versucht, Professionsdefizite durch empirisch orientierte Verwissenschaftlichung zu reparieren. Verwissenschaftlichung durch Empirisierung dessen, was psychotherapeutisch erfahren werden kann, durch Effizienzorientierung an externen Zielen, durch Formulierung von Leitlinien und Qualitätsstandards hat mittlerweile negative Effekte entwickelt, die auch von renommierten Forschern formuliert werden. Diese Entparadoxierungsstrategie hat dazu geführt, daß sich Effizienz oder Qualität in einer Weise opponierend gegenüber stehen, daß derjenige, der

Effizienz der Psychotherapie steigern will, zugleich deren Qualitätsverlust riskiert. Wir geraten so in neue Paradoxien.

Ich will am Beispiel der amerikanischen Diskussion um „empirically supported therapy“ (EST) herausarbeiten, daß empirische Forschung in der Psychotherapie sich nur begrenzt als geeignete Entparadoxierung gebrauchen läßt – sowenig wie das Recht oder die Ökonomie.

Der Wert der Consumer-Reports-Studie (Seligman 1995, Waldvogel 1997) besteht gerade darin, daß sie zeigt: Determination des professionellen Kontextes, also beispielsweise ökonomisch bestimmte Behandlungsdauern, wirken sich negativ aus. – Die Begriffe des Kassenrechts, wie z.B. die Unterscheidung zwischen „psychoanalytischer Therapie“ und „tiefenpsychologisch fundiert“ machen im juristischen Kontext Sinn, nicht aber im professionellen. Die Mitteilung eines Therapeuten an einen anderen, er habe seinen Patienten „tiefenpsychologisch fundiert“ behandelt, ist im klinischen Kontext keine Information; der Hörer weiß dann nicht, was da eigentlich geschehen ist. Sie ist aber eine Information, wenn das Gespräch über Abrechnungsmodalitäten geführt wird. Die Verwechslung dieser Kontexte führt zu mancher Konfusion.

Deshalb ist es sinnvoll, ökonomische, empirische, juristische und professionelle Kontexte strikt auseinander zu halten. Das allerdings bürdet der Profession die Formulierung professioneller Qualitätsstandards (nicht: wissenschaftlicher Effizienznachweise) auf. Dazu will ich am Schluß die mir möglichen Hinweise geben.

Die EST-Debatte

Die Strategie, Kriterien für eine ausschließlich „Empirically Supported Therapy“ (EST, auch „Empirically Validated Therapy“) zu entwickeln, ist von der Division 12 der APA (American Psychological Association) entwickelt worden. Entsprechende Entwicklungen gab es im deutschsprachigen Raum mit dem Gutachten von Meyer et al. und bei Grawe et al (1994). In England handelte man auf der Suche nach wirksamer Psychotherapie sehr viel pragmatischer und weniger ausschließlich an wissenschaftlicher Dominanz orientiert; vielmehr erhielt die psychotherapeutische Praxis und Erfahrung mit dem Stichwort der „evidence based practice“ (EBP) ein gleichrangiges Gewicht neben der Wissenschaft. Dabei wurden (Roth & Fonagy 1996) sehr viel mehr professionstheoretische Momente berücksichtigt. EST und EBP sind Kürzel für recht unterschiedliche, teils sogar gegensätzliche Programmatiken.

Die Auseinandersetzung um EST kann als prototypisch für die empirische Forschung in der Psychotherapie deshalb angesehen werden, weil EST in gewissermaßen kristallklarer Form den nomothetischen Ansatz repräsentiert. Dieser Ansatz hat zum Ziel, Aussagen eines bestimmten Formats zu machen:

„Die Variable a erzeugt (evtl. in Kombination mit den Variablen b, c und d) bei Patienten des Typs y mit einer Wahrscheinlichkeit von x% Ergebnisse der Sorte z“.

Die Vertreter dieses Ansatzes erwarten, mit Aussagen dieser Art Fragen der vergleichenden Psychotherapieforschung beantworten und damit Politik und Geldgeber beraten bzw. beeinflussen zu können. Man kann hier überdeutlich sehen, welche Folgen für das gesamte psychotherapeutische Feld es hätte, wenn dieser Ansatz sich durchsetzen würde. Deshalb hat das Programm der EST erhebliche Aufmerksamkeit – und dann auch Kritik – gefunden; die Auseinandersetzung mit EST kann als paradigmatisch betrachtet werden für diesen Typus von Forschung im psychotherapeutischen Feld.

Der EST-Kriterienkatalog forderte:

- mindestens zwei im *Gruppendesign* angelegte Studien sollten die Effektivität einer Therapie auf die eine oder andere Weise zeigen: a) Die untersuchte Psychotherapie-Methode ist Medikamenten, Placebos oder anderen Behandlungen überlegen; b) die psychotherapeutische Methode ist in ihren Effektstärken anderen Methoden mindestens gleichrangig.
- Sollte es sich um *Einzelfallstudien* handeln, wären die Effekte bei wenigstens 9 Einzelfällen nachzuweisen und die Interventionen müssen mit anderen verglichen werden.

Aufgenommen in die EST-Liste der als „wirksam“ geltenden Methoden wurden deshalb ausschließlich Studien mit einer no-treatment-Kontrollgruppe oder einer alternativen Behandlung, wobei die „Behandlung“ *manualisiert* vorgelegen haben mußte, eine Population mit *spezifischen* Problemen behandelt wurde und reliable und valide outcome-Maße angewendet wurden, die einer angemessenen Datenanalyse unterzogen wurden (vgl. Chambless und Hollon 1998).

Für den Rigorismus dieser Forschungs-Strategie sprach:

- Vieles sei bekannt und erforscht, man müsse Forschungsergebnisse nur zusammenstellen.
- Die Patientenversorgung könne langfristig verbessert, d.h. auf kürzere Interventionen umgestellt werden.
- Man könne die Politik beeinflussen zugunsten von Verfahren, deren Effektivität wissenschaftlich „nachgewiesen“ sei
- Die Ausbildung würde sich verbessern
- Die Forschung würde intensiviert

Diese Argumente können mittlerweile als widerlegt gelten. Im Heft 1/1998 des Journal of Consulting and Clinical Psychology finden sich eine Überzahl kritischer Stimmen und das gilt auch für die Diskussionen um EST, die in „Psychotherapy Research“ geführt wurden.

EST kann konfrontiert werden mit „evidence based practice“ (EBP), wie sie Roth und Fonagy (1996) auch für die Psychotherapie erreichen wollen. EBP gilt in der Medizin als erprobte und akzeptierte Modellvorstellung, um klinische Erfahrung und verfügbares anderweitiges, v.a. wissenschaftliches Wissen miteinander zu integrieren. Die optimale Behandlung für jeden Patienten soll gesichert werden, indem in bestimmten Schritten klinische Innovation beständig überprüft wird und direkt und indirekt zur Verbesserung der *Praxis* beiträgt. EBP ist umfassender als EST, weil hier nicht nur Effektivität verschiedener manualisierter Methoden für isolierte Symptome anhand praxisferner Kriterien überprüft wird, sondern

- die praxisbezogene Innovation
- auf dem Weg sowohl von klinischer Konsensbildung,
- als auch von „Training and Education“, und von
- Weiterentwicklung der Theorie
- zu einer verbesserten Patientenversorgung

führt.

EBP ist nicht vom Geist der Entscheidung in einer Methodenkonkurrenz getragen, sondern vom Willen, praktische Verbesserungen zu erreichen. Die Wissenschaft hat nicht eine Schiedsrichter-

rolle im Wettkampf, sondern eher die Rolle einer Dienerin für die Belange der professionellen Praxis. Ich erwähne das hier, weil hier im Sinne meiner Entparadoxierungsbemühungen selbstredend angenommen wird, daß Profession und Wissenschaft unterschiedliche Kontexte darstellen. Daraus folgt dann zwanglos, daß die Wissenschaft nicht entscheidungsbefugt *über* den Professionen positioniert werden kann (so auch Reiter und Steiner 1996), sondern zur Kommunikation verpflichtet *neben* diesen. Am Beispiel einer Liste von Argumenten *gegen EST* und die darin repräsentierte gesamte Forschungsrichtung will ich die Differenz beider Kontexte nacheinander herausarbeiten.

ERSTES ARGUMENT: DIE KRITERIENLISTE IST UNREIF

Das „Board of Directors of Division 12“ formulierte: „This report does not constitute nor is it intended to be viewed as a clinical guideline, standard, or official policy statement ...“ (zit. nach Elliott 1998, S. 119). Obwohl das von den Task Force Members ebenso gesehen wird, tendiert die aufgestellte Liste dazu, „Richtlinie“ für einzuschlagende Therapiewege zu werden, wenn bestimmte Therapiemethoden das Gütesiegel „empirically supported“ erhalten¹. Diese hierarchische Vorstellung - Wissenschaft entscheidet über das professionelle Tun – wird nun zurückgewiesen im Argument von der „Unreife“ der EST-Kriterien.

„Unreife“ heißt: es gelten bedauerlicherweise auch solche Studien als Nachweise für EST, deren untersuchte Therapiemethoden *in der Praxis nicht erprobt* sind und deren Effekt ausschließlich unter „Laborbedingungen“ zustande gekommen ist. Dabei müssen Effekte als wirksam angenommen werden, die ihrerseits experimentell nicht erprobt worden sind. Man muß nur an den aus der sozialpsychologischen Forschung bekannten Rosenthal-Effekt denken; danach können bestimmte Anker-Informationen (z.B. daß ein Schüler einen hohen IQ habe) ganze Weltbilder verschieben (der Lehrer anerkennt mehr), veränderte Handlungen nach sich ziehen (der Lehrer lobt öfter) und neue Ergebnisse zeitigen (der Schüler wird tatsächlich besser). Solche Effekte treten in menschlichen Interaktionen auf und es kann immerhin sein, daß der therapeutische Erfolg eher darauf zurückzuführen ist als auf die untersuchte Methode. Der erforderlichen experimentellen Variation stehen aber erhebliche, nicht zuletzt ethische Bedenken gegenüber. Ohne diese Variation können Wirkungen nicht sicher auf eine Methode zurückgeführt werden. Das ist z.B. bei EMDR der Fall, jener Methode, die als Behandlung von Traumatisierungen derzeit viel von sich reden macht. Diese Methode nimmt an, daß Augenbewegungen Hirnprozesse in einer ähnlichen Weise normalisieren könnten wie das beim nächtlichen Schlaf in REM-Phasen geschieht. Diese physiologische Erklärung verschaffte der Methode viel Ansehen, aber es gibt Studien (Acierno und Hersen 1994, Lytle 1993), die zu zeigen beanspruchen, daß hier nicht viel mehr als Placebo-Wirkungen zu beobachten sind. Wenn man die Placebo-Kontrollgruppe anweist, nicht einem *bewegten* Zeigefinger zu folgen, während sie an das traumatische Ereignis denken, sondern den Blick auf einen Punkt an der Wand zu *fixieren*, stellen sich die gleichen Ergebnisse ein. Das widerspricht der physiologischen Erklärung. Frank und Frank (1993) argumentieren deshalb, nicht die Methode, sondern die Ritualisierung erzeuge die therapeutische Wirkung und Miller, Duncan und Hubble (1997) meinen, entscheidend sei der *Glaube des Therapeuten an seine Methode* – man kann nämlich Therapeuten auch so instruieren, daß ihnen die Methode als negativ vorgestellt wird und dann tritt der Rosenthal-Effekt ein. Deshalb berichten Patienten aus ihrer Sicht, nicht die Methode, sondern die vertrauensvolle Beziehung habe ihnen weitergeholfen.

¹ Seligman (1995) schreibt in seiner Zusammenfassung der „Consumer Reports“-Studie: „The high praise ‚empirically validated‘ is now virtually synonymous with positive results in efficacy studies, and many investigators have come to think that an efficacy study is the ‚gold standard‘ for measuring whether a treatment works“.

Dies ist ein Beispiel für die Probleme: Psychotherapeutische Methoden sind nie unabhängig von den Beziehungen, während Therapeuten an ihre Methoden glauben müssen. Es wäre ein professioneller Fehler, wollte man den Glauben empirisch eliminieren, um die Wirkung einer Methode wissenschaftlich messen zu können. Professionen brauchen Konfessionen.

ZWEITES ARGUMENT: DIE KRITERIEN FÜR DIE EFFEKTIVITÄTSNACHWEISE SIND INADÄQUAT.

Viele Autoren (Barlow 1996, Shapiro 1996) haben vertreten und begründet, daß weder

- die klinische Nützlichkeit noch
- die externe Validität

der so als „empirically supported“ Methoden bislang erwiesen sei. Die als „empirisch gültig“ geltenden Studien beschäftigen sich

- mit singulären Methoden
- für die Behandlung monosymptomatischer Störungen
- mit einem manualgesteuerten Behandlungsprocedere
- in einem künstlichen setting.

Tatsächlich aber gibt es in der professionellen Praxis keine Patienten, die ausschließlich isolierte (Angst- oder andere) Symptome haben und sonst keine; auch werden Patienten nie allein symptombezogen behandelt. Andere Störungen werden nicht einfach ignoriert oder von der Behandlung ausgeschlossen. Und schließlich kommen niemals nur einzelne Methoden zum Einsatz. Professionelle Kliniker zeichnen sich vielmehr dadurch aus, daß sie patientengerecht und individualisiert ein breites Repertoire von Behandlungsmethoden zur Verfügung haben und in individuellem Zuschnitt zur Anwendung bringen.

Weiter kann man sagen, daß die EST-Kriterien relevante interventive Aspekte überhaupt nicht erfaßt haben, die in einem „natürlichen setting“ eine wesentliche Rolle spielen (Alter, Geschlecht, persönlicher Stil und schon gar nicht so subtile, aber höchst wirksame Aspekte wie die Kommunikationsformen der jeweiligen Therapeuten). Alter und Geschlecht des Therapeuten sind Variablen, die keine stetige Wirkung ausüben, sondern deren Effekt sich aus der Interaktion mit Patienten ergibt und zwar bei jedem anders; und kommunikative Mittel kommen keineswegs patientenunabhängig „zum Einsatz“. Hier handelt es sich nie um „unabhängige Variablen“. Diese Fiktion kann nur im wissenschaftlichen Kontext entstehen, auch wenn sie manchmal im professionellen Jargon neuerdings auftaucht. Nur solange die Adäquatheit dieser professionellen Aspekte ignoriert wird, können die in den Studien empirisch validierten Effekte einer Methode zugeschrieben werden.

Die Zuschreibung der Effekte an eine Methode bei Ignoranz aller anderer professionellen Aspekte ist v.a. auch deshalb fragwürdig, weil die Überblicksstudien von Michael Lambert (1992, vgl. Lambert und Bergin 1994) bislang unwidersprochen gezeigt haben, daß nur etwa 15% der Varianz des outcome einer Therapie auf spezifische Methoden zurückgeführt werden können. Der weitaus größte Teil, nämlich 40%, kann erklärt werden durch die bloße Tatsache, daß Patienten überhaupt in Therapie sind oder weil Veränderungen in ihren Lebensumständen eintreten (sog. extratherapeutische Faktoren); 30% lassen sich durch die Qualität der therapeutischen Beziehung

erklären und 15% des outcome gehen auf unspezifische Faktoren zurück wie z.B., daß Hoffnung geschöpft und ein milder Optimismus vermittelt wird (siehe auch Miller, Duncan und Hubble 1997). Diese Befunde sind schulunenabhängig!

Der Empirismus der EST-Studien hat kein professionelles setting untersucht und deshalb wird vielfach gefordert, daß das nötig sei. Diese Forschungsstrategie akzentuiert fälschlich und selektiv „Techniken“ unter Vernachlässigung relevanter anderer psychotherapeutischer Aspekte. Höchst fraglich ist, ob aufgrund solcher Ergebnisse bestimmte Methoden gegenüber anderen bevorzugt werden können. Auch hier erweist sich die Differenz zwischen der Forschung und den professionellen Erfordernissen als nicht überwindbar.

DRITTES ARGUMENT: EST-STUDIEN BENACHTEILIGEN EINE GROSSE ANZAHL VON BEHANDLUNGSMETHODEN BEI BESTIMMTEN STÖRUNGEN.

Es gibt häufige Störungen (z.B. Depressionen, psychosomatische Dysregulationen, „bunte“ Persönlichkeitsstörungen), die weder monosymptomatisch sind noch manualisiert behandelt werden können, sondern ein flexibles Behandlungsregime erfordern. Dafür gäbe es wirksame Methoden, die aber durch die Kriterienliste fallen (so Garfield 1996).

Dieses Argument wird noch einmal durch das Vorangegangene über die Outcome-Varianz gestützt. Die Benachteiligung entsteht durch die empirisch ungerechtfertigte Akzentuierung von „Techniken“ bei gleichzeitigem Wissen darum, daß andere Momente wie „Beziehung“, „life events“ oder einfach „Hoffnung“ sehr viel mehr Effekte bewirken als die spezielle Technik. Der Akzent auf „Technik“ benachteiligt damit nicht nur Behandlungsverfahren, die zu komplex für eine Manualisierung sind, sondern zugleich auch jene Patienten, die mit in der Praxis vorhandenen und erprobten Verfahren hilfreich behandelt werden können (so Henry 1998). Die Durchsetzung der Empirisierung müßte dann sogar eine Verschlechterung der Versorgung zur Folge haben! Hier sind ethische Aspekte erfolgreich ins Spiel zu bringen und deren Berücksichtigung muß gefordert werden. Es ist unethisch, wenn man Patienten eine Behandlungsmethode vorenthält, deren Erfolg praktisch erprobt und vielfach angewandt wird, nur weil Kriterien einer Überprüfungsmethode zu eng gefaßt und inadäquat sind.

Benachteiligt werden auch die vielen Patienten, die eine Behandlung brauchen, aber zu dieser nur überwiesen sind ohne selbst motiviert zu sein. Im Interventionsmodell von Prochaska (1995) sind das diejenigen, die sich auf der sog. „precontemplation“-Stufe befinden: sie suchen den Therapeuten auf, weil es ihnen gesagt wurde, aber nur um ihm mitzuteilen, daß sie keine Probleme haben (zu dieser Gruppe gehören z.B. Alkoholiker, aber auch Herzinfarktpatienten, Eltern von Kindern mit Schulproblemen etc.). Diese Patienten sind Problembesitzer, aber sie haben noch keine Problemaakzeptanz. Die Untersuchungen von Prochaska zeigen: wenn es gelingt, diese Patienten in der Behandlung zu halten und sie den Schritt zur „contemplation“-Stufe machen (also darüber nachzudenken beginnen, daß sie wirklich ein Problem haben, sprich: die Verleugnung aufgeben), dann gibt es eine große Chance, daß ihre Behandlung erfolgreich zu Ende gebracht werden kann. Die Prognose gelingt hier nicht durch Effektivität einer Technik, sondern durch Einschätzung eines „pre-treatment-state“ und dessen Veränderung.

Die Behandlung solcher Menschen besteht zu einem wesentlichen Teil im *Verzicht* auf „Techniken“ der Verhaltensbeeinflussung, weil das Drängen auf Veränderung einen Reaktanz-Widerstand zur Folge hätte: sie wehren sich dagegen, sich fremdbestimmt ändern zu *sollen* und dieser Umstand hat zur Folge, daß Therapeuten Geduld brauchen, bis diese Patienten ihrerseits ihre Veränderung in die eigene Hand nehmen können. Das können sie nur, wenn sie ohne Beschämung und Bedrängung den Problembesitz akzeptieren können, wozu die teilweise langdauernde Ent-

wicklung einer vertrauensvollen Beziehung erforderlich ist. Das wiederum zieht nach sich – wie Prochaska immer wieder feststellt – daß Behandlungen dieser Art Zeit brauchen. Diese Art Patienten machen nach unterschiedlichen Schätzungen zwischen 30% und 60% der psychotherapeutischen Klientel aus (unterschiedlich deshalb, weil in Beratungsprogrammen für Alkoholiker andere Daten aufscheinen als bei sonstigen psychotherapeutischen Diensten). Hier handelt es sich um eine behandlungsbedürftige, aber noch nicht behandlungsmotivierte Gruppe.

Die bislang zuverlässige Versorgung weiter Patientengruppen würde in Frage gestellt, sollten nur noch bestimmte Methoden zugelassen werden, deren Relevanz in der klinischen Praxis fraglich ist. Die Versorgung verschlechtert sich und so auch die Ausbildung. Das klinische Wissen, das gerade für jene Etappe im Prozeß benötigt wird, die als „Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung“ bezeichnet wird, geht verloren in einer ähnlichen Weise wie das Lidz (1991) - warnend vor einer ausschließlichen Rebiologisierung der Psychiatrie - beschrieben hatte. Klinisches Wissen, insbesondere wenn es so spezialisiert ist wie die psychotherapeutische Behandlung von Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen, wird zwischen Erfahrenen und Lernenden in einem besonderen Lern- und Erfahrungsprozeß weitergegeben. Ist dieser erst einmal unterbrochen, ist Wissen und Können selbst verloren. Der kürzlich erteilte Rat, Psychotherapeuten mit schlechten Ergebnissen müßten „über die Bücher“, ist weniger verkehrt als unvollständig. Er repräsentiert eine Sicht typisch für den wissenschaftlichen Kontext. Im professionellen Kontext gibt es noch weitere Möglichkeiten. Würde sich hier ausschließlich die wissenschaftliche Empfehlung durchsetzen, müßte das eine Kompetenz-Verschlechterung im professionellen Kontext zur Folge haben.

VIERTES ARGUMENT: DIE EST-KRITERIEN BENACHTEILIGEN VORHANDENE FORSCHUNGSSTRATEGIEN, BEHANDLUNGSMETHODEN UND PATIENTEN

Hier wird insbesondere hervorgehoben, daß

- nicht-englische Studien nicht erwähnt,
- die Behandlungen ethnischer Minoritäten und von Kindern nicht erfaßt und
- psychodynamische und „experiential“ treatments, die nicht cognitiv-behavioral orientiert sind, ausgeschlossen

werden. (Bohart, O’Hara, Leitner 1998, Henry 1998).

Andere Autoren (Lambert und Bergin 1994) heben hervor, daß die Bevorzugung von kognitiv-behavioralen Therapien auf die besonderen outcome-Maße zurückzuführen sei, die diese Therapien sowieso bevorzugen. Nachfolgende Analysen der Daten (von Lambert und Bergin 1994) haben beispielhaft gezeigt, daß die Privilegierung von VT-Methoden verschwindet, wenn man andere outcome-Maße annimmt (so auch Leichsenring 1996). Die 75%-Rate von Erfolgen bei VT, die Barlow und Wolfe (1981) berichteten, gingen beispielsweise darauf zurück, daß nur diejenigen Personen gerechnet wurden, die am Schluß noch in der Studie geblieben waren, nicht aber die, die anfänglich in die Studie aufgenommen worden waren!

Gerade bei Kindern kommt es nicht auf „Anwendung“ von Methoden an. Auch bei ethnischen Minoritäten brauchen Therapeuten völlig andere Kompetenzen als Befürworter von „Methoden“ sich auch nur träumen lassen. Die ausschließlich wissenschaftliche Formatierung der Diskussion verdrängt – im originären psychoanalytischen Sinne – hier die professionelle Kompetenz.

FÜNFTES ARGUMENT: EST-KRITERIEN SIND AUSDRUCK *POLITISCHER* VOREINGENOMMENHEIT

Einige der Behandlungsmethoden auf der EST-Liste sind willkürlich ausgewählt und inkonsistent, andere verfehlen genau die Kriterien, anhand derer sie auf die Liste der empirisch gestützten Therapien gekommen sein sollen (Wampold 1996). Elliot (1998) vermutet in seinem Überblick über die Auseinandersetzung mit dem EST-Programm, daß es politische Einflüsse („regardless of the facts of the situation“, S. 119) seien, die hier mitgeholfen haben. Man ist deshalb nicht erstaunt, wenn Miller, Duncan und Hubble (1997, S. 4) mitteilen, daß die gesamte Aufgabenstellung „at the request“ eines der führenden Persönlichkeiten der kognitiv-behavioralen Bewegung zustande gekommen ist. Es gehe um politische Kontrolle. Das ist von systematischer Bedeutung: Die Überprüfung verschiedener Methoden durch EST schreibt der Wissenschaft eine Schiedsrichterrolle zu, die zu Konfusionen und verdeckten Parteilichkeiten führen muß, sobald die Schiedsrichter selbst mitspielen wollen oder ihrerseits parteilich Interessen verfolgen.

Ziemlich offenerzig gestehen Maling und Howard (1994, S. 252), woher diese Kontrollfaktoren in der Wissenschaft der psychotherapeutischen „outcome“-Forschung kommen:

„What had been a cottage industry of individual practitioners, accountable to themselves and to their patients, has now grown into a multibillion dollar industry that has come under the scrutiny of third-party payers.“

Unmittelbar an die Beschreibung dieses Wandels von der „cottage industry“ zur „multibillion dollar industry“ schließt sich der Satz an, der die Ziele der Forschung bestimmt:

„One new task for psychotherapy research is to provide these payers with a means for documenting treatment efficacy and guiding the allocation of scarce health dollars.“

Die Ziele stammen demnach nicht aus der Wissenschaft, sondern werden von den „third party payers“ vorgegeben, zu deren Dienern die Wissenschaft sich zu machen habe, wie hier unverstellt eingestanden wird – Wissenschaft dient hier nicht mehr den Erfordernissen der professionellen Praxis, sondern wird zu einer Zuliefer-Industrie für Versicherungsunternehmen.

Daraus wird leicht ein moralisches Argument gemacht, das aber nicht besonders durchsetzungskräftig ist. Entscheidender ist m.E., daß mit einer solchen Argumentation, wie sie Maling und Howard hier vorführen, die Autonomie der Forschung in Frage steht. Folgte man dem, würde psychotherapeutische Forschung ihre Autonomie als wissenschaftliches Funktionssystem abgeben und sich von der Wirtschaft übersteuern lassen. Hier stehen weniger ethische Aspekte zur Diskussion an als vielmehr grundlegende Fragen, die die Autonomie der Forschung und das wissenschaftliche Selbstverständnis betreffen. Preisgabe der wissenschaftlichen Autonomie hätte einen Rückfall in den Zustand der Legitimationsforschung zur Folge, der nicht verantwortet werden kann. Dann nämlich könnte niemand mehr entscheiden, welche Forschungsergebnisse welche Schlußfolgerungen zulassen, weil sämtliche Forschungsergebnisse unter den Verdacht gerieten, nur noch „pro domo“ zu ermitteln². Forschungen, deren Ergebnisse nicht karrierefördernd sind, würden nicht durchgeführt; nie könnten echte Befunde von solchen durch Korruption zustande gekommenen unterschieden werden, die Stimme der Wissenschaft verlöre an Gewicht. So zu argumentieren wird gern als „idealistisch“ oder gar „weltfremd“ abgetan. Immerhin: diese Argumente werden nun aber besonders von erfahrenen Forschern, nicht von idealistischen „Spinnern“

² Die Lage wäre vergleichbar mit der zwischen Befürwortern und Gegnern beim Atomkraftausstieg; es ist immer schon klar, in welche Richtung jene Gutachter argumentieren, die von der Industrie und solche, die von den Umweltschutzverbänden beauftragt werden.

ins Feld geführt, Forscher nämlich, die sich genau um die Autonomie ihres Feldes Sorgen zu machen beginnen.

Gerade deshalb war die „Wende“ des „harten Empirikers“ Seligman (1995) im Zusammenhang der Consumer-Reports-Studie so aufsehenerregend, weil hier ein Forscher sich zur Änderung seiner Haltung durch die selbst ermittelten Befunde genötigt sah (vgl. Waldvogel 1997). Auch andere altgediente Meister der Psychotherapieforschung wie Hans Strupp (1996, Talley, Strupp und Butler 1994) fordern nachdrücklich, daß Gelder nicht nur für den bislang finanzierten Typ biostatistischer Forschung fließen, weil die inhaltlichen Probleme dieses Ansatzes zur Genüge bekannt seien! Die einseitige Finanzierung steuert bereits wissenschaftliche Forschungsentscheidungen, d.h. es werden mögliche konträre Befunde gar nicht erst erhoben. Wer etwa die Zuordnung von Diagnosen und Interventionen erst einmal unbefangen prüfen möchte durch Untersuchung konversationeller Merkmale diagnostischer Gespräche, kann sich kaum Chancen auf Förderung ausrechnen. Allerdings scheint allmählich ein Prozeß des Umdenkens auch bei renommierten Forschern in Gang zu kommen. Hier wieder Trennung der Kontexte zu erreichen dürfte ein wesentlicher Beitrag zur Entparadoxierung des Feldes mit einem Zugewinn an Autonomie sein.

Auch andere Kontexte müssen wieder separiert werden und es ist erstaunlich und irritierend, daß dies nicht so sehr von den Professionsvertretern, sondern von anderen Kontextvertretern gesehen wird; sie fordern, den *politischen* Einfluß auf die Fachlichkeit – wie er sich etwa im Versuch der Formulierung von „Leitlinien“ ausdrückt – nachhaltig zu relativieren. Der Jurist Ulsenheimer (1998) meint in einem kritischen Beitrag über die normierenden Effekte von „Leitlinien“ in der organischen Medizin (!), daß deren Aufstellung „ganz eindeutig eine Forderung der Gesundheitspolitiker, nicht der Mediziner“ sei. Dieser Autor diskutiert die Leitlinieneuphorie in der Medizin kritisch mit dem Argument, der Begriff „Leitlinie“ sei rechtlich nicht definiert, aber ihm eigne eine fatale Tendenz zur Steigerung: von der Leit- zur Richtlinie, von da aus weiter zur Norm und dann zum Gesetz - mit schwerwiegenden, immobilisierenden Konsequenzen für die ärztliche Haltung: der Arzt, der ihnen folge, sei hinsichtlich forensischer Risiken zwar auf der sicheren Seite und wer sich aber nicht daran halte, gerate unter Rechtfertigungszwang. Doch Abweichung von der Linie sei im medizinischen Alltag in ungezählten individuellen Fällen geradezu notwendig, häufig auch aus Kostenersparnisgründen, wenn etwa dem erfahrenen Mediziner klar sei, daß eine aufwendige apparative Untersuchung gespart werden könne. Aber wenn er sich an Leitlinien verbindlich zu orientieren habe, werde er die überflüssige Untersuchung allein schon deshalb anordnen, um dem rechtlichen Risiko zu entgehen. Gefördert werde so die „Defensivmedizin“.

Die Expertisierung hat damit einen Verlust ärztlicher Professionalität zur Folge: „Damit wird die Eigenverantwortung, die ärztliche Intuition (!), der Wagemut, neue Wege zu gehen, gebremst und ein Handeln nach ‘Vorschrift’ oder ‘Schema’ gefördert.“, schreibt der Autor. Tatsächlich seien Leitlinien schon in der Organmedizin jedoch viel weniger, nämlich allenfalls Orientierungsmarken. Sie erhöhen den Grad der Normierung und damit das rechtliche Risiko des Arztes und öffnen mit der Tür zur Defensivmedizin zugleich auch Risiken und Belastungen für Patienten, die durch unnötige Untersuchungen entstehen.

Denkt man Ulsenheimers Beitrag konsequent zu Ende, dann kritisiert er stillschweigend auch, daß mit der Normierung von Behandlungen auch das marktwirtschaftliche Risiko gegeben sei, daß die helfenden Berufe sich ihre Patienten selber schaffen, mindestens aber die Zahl von Untersuchungen ausdehnen – statt einschränken – können. In der Psychotherapie könnte das u.U. dazu führen, daß viele Patienten überflüssig oder zu lange in Behandlung genommen werden.

Aber Ulsenheimer geht auch auf den Kern des ärztlichen Handelns ein, der unnötig eingeschränkt werde und schreibt: „Der deutsche Drang oder Hang zum Perfektionismus feiert mit immer mehr und immer detaillierteren Bestimmungen fröhliche Urstände!“ (S. 110). Man darf

sich angesichts solcher rechtlicher Bewertungen von Leitlinien in der Organmedizin fragen, was die Psychotherapeuten treiben mag, hier ein Übersoll an Normierung erfüllen zu wollen. Der juristische Autor weist schon die Organmediziner darauf hin, daß professionelle ärztliche Kunst sich der Kanonisierung entziehe, der Individualität des Patienten gerecht werden müsse und es deshalb nur selten „die“ Methode gebe und selbst wenn, sei diese durch persönliche Variablen bestimmt. Der ärztlichen Therapiefreiheit stehe auf seiten des Patienten dessen Autonomie ergänzend gegenüber.

Nicht die Politik wird – wie es in den Pro-Argumenten hieß - beeinflußt, sondern umgekehrt beeinflußt die Politik fachliche Gesichtspunkte, deren Autonomie schwerwiegend beeinträchtigt wird. Die Autonomie der wissenschaftlichen Forschung ist aber dringend erforderlich, wenn von der Forschung tatsächlich unparteiische Stellungnahmen erwartet werden sollen.

SECHSTES ARGUMENT DIE ALLEINIGE FÖRDERUNG VON „EMPIRICALLY SUPPORTED“ THERAPIEMETHODEN FÖRDERT UNWIRKSAME PSEUDOTHERAPIEN.

Aus der erkennbaren politischen Motiviertheit von EST (entgegen fachlichen, wissenschaftlichen wie klinischen Erfordernissen) folgen einige weitere Argumente.

Welche Folgen eine Übersteuerung der Wissenschaft durch die Wirtschaft, der Profession dann durch die Wissenschaft hätte, sehen viele Autoren, die als empirische Forscher Rang und Namen haben, sehr kritisch. William P. Henry, Mitautor der großen Vanderbilt-Studie (Henry und Strupp 1991) verfaßte eine Stellungnahme zum EST-Projekt der American Psychological Association. Seine Kritik bezieht sich auf die engen, rigiden und deshalb dem Gegenstand nicht angemessenen Kriterien für die Wirksamkeit von Psychotherapie, weil sie sich ausschließlich an experimentellen Erfolgsnachweisen und der Zuordnung spezifischer Behandlungsmethoden zu spezifischen Störungen orientierten. Mit der Überschrift seiner Stellungnahme deutet er die Gefahr der Übersteuerung an: „Science, Politics, and the Politics of Science: the Use and Misuse of empirically validated treatment research“ (1998). Und dieser erfahrene Forscher schreibt, erkennbar betroffen:

„If I had given this talk several years ago, I might have said that my greatest fear was that psychotherapy research would have no effect on clinical training. Today, my greatest fear is that it will - that psychotherapy research might actually have a profoundly negative effect on future training.“ (S. 126, Kursivierungen i. O.)

Und er brandmarkt EST als „pseudoscience“. Man kann konsequent hinzu fügen: Würde EST erfolgreich, entstünde so auch „Pseudotherapie“. Auf diese Weise läßt sich nach Auffassung von Henry (1998) die praktische Ausbildung von Psychotherapeuten offenbar nicht verbessern, sondern eher verschlechtern! Therapeuten, die nur „Techniken anwenden“, atmen einen anderen „Geist“ – und ich verwende diesen Begriff hier ganz unpathetisch in einer ähnlichen Weise, wie kürzlich Fonagy (1991) vom „ghost in the nursery“ gesprochen hat. Psychotherapien brauchen mehr als Technik; vermutlich kann man sogar sagen, daß eine ausschließliche Akzentuierung von „Technik“ dem Patienten zwischen den Zeilen eine paradoxe Botschaft zukommen läßt: die von der Machbarkeit menschlicher Vollkommenheit. Wenn das denn wahr wäre, könnte niemand etwas dagegen haben. Aber Patienten spüren, daß diese unausgesprochene Botschaft nicht stimmt, sie verteidigen paradox ihr Leiden gegen den mit moralisch erigiertem Zeigefinger vorgetragenen Veränderungsimperativ. Sie brauchen oft nicht „Technik“, sondern einen Zuhörer, mit dem sie ihr Leiden teilen, dem sie es mitteilen können, um sich irgendwann zu dessen Aufgabe entschließen zu können. Finden sie das nicht, passen sie sich eine Zeitlang dem Veränderungsdruck gehorsam an, um dann doch zu resignieren. Manche entlebendigen, andere entleiben sich. Benötigt

werden deshalb im professionellen Kontext Therapeuten mit der Fähigkeit zu vernehmen³, solche, die nicht immer schon wissen, welche Technik sie „einsetzen“ müssen, um ein „Problem“ zu bewältigen oder gar zu „bekämpfen“. Ein solcher Geist macht – viel!

Aus dem ökonomischen Kontext weht freilich ein anderer Geist bis in die Behandlungszimmer. Leon Eisenberg aus der Harvard Medical School (1995) meint, Augenmerk verdiene ein hintergründig sehr wirkungsvolles Thema: „When cost control is elevated to the overriding determinant of corporate decisions, and medical visits are viewed as commodities on a production line, efficiency is gauged by the number of patients processed per unit of time, however destructive forestalled consultations are to an ongoing relationship between patient and doctor“. Auch dieser renommierte Autor befürchtet, daß der Effektivitätsgesichtspunkt bis in die individuelle Behandlungsbeziehung hinein „durchschlägt“, wenn Effektivität am „Durchlauf“ der Zahl von Patienten und die medizinische Leistung als „Ware“ in einer Gesundheitsproduktion gesehen würde.

Hier wird der destruktive Effekt einer Übersteuerung der psychotherapeutischen Behandlung durch ökonomische Imperative prägnant formuliert. Und dann schließt Eisenberg an, wie sich diese Übersteuerung bis in die intimisierte therapeutische Beziehung durchsetzt:

„Patients need time with their doctors. They need reason to believe that doctors place paramount emphasis on patient health rather than organizational profit; otherwise they will not provide the intimate personal information needed for accurate diagnosis and appropriate treatment.“ (S. 1571).

Die ökonomische Übersteuerung, so wird hier klar formuliert, gefährdet den professionellen Vollzug von Diagnose und Behandlung. Wenn Patienten den Eindruck gewinnen müssen, daß nicht ihre Gesundheit im Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit steht, sondern die Beachtung von Einspar-Imperativen, schädigt das wiederum unmittelbar die Behandlung selbst! Sie muß so gestaltbar sein, daß der Patient tatsächlich „glauben“ kann („believe“), seinem Wohlergehen diene das überragende ärztliche Interesse. Auch das ist ein Beitrag zum „Geist“ in der therapeutischen Interaktion; auf seiten des Therapeuten sind wir dem „Glauben“ schon begegnet.

Messer und Warren (1995, S. 320) kommen in ihrem ausgezeichneten Buch über kurztherapeutische Verfahren zu ähnlichen warnenden Überlegungen. Die zugrundeliegende Idee bei der Entwicklung und finanziellen Unterstützung kurztherapeutischer Verfahren (5-10 Sitzungen) sei, daß man „dasselbe“ billiger haben könne. Aber, so diese Autoren, falls solcher „economic appeal“ sich allzu sehr durchsetze, könnte der folgende Fall eintreten:

„The human context of clinical practice cannot be so easily transformed into the pragmatic language of social technology and health care economics without the loss of the essential meaning of the term ‘psychotherapy’“.

Die essentielle Bedeutung von „Psychotherapie“ könne verloren gehen, wenn in die psychotherapeutischen Praxen ein Geist einziehe, der glaube, den humanen Kontext in die Sprache der Sozialtechnologie übersetzen zu können. Mit einer „industrialization of psychotherapy“ könne sich Bedeutung und Wert der Psychotherapie überhaupt verlieren. Das genau ist die Gegenposition zu den zitierten Äußerungen von Maling und Howard (1994).

Theorell (1997) äußert sich in seinem Editorial zum September-Oktober-Heft der Zeitschrift „Psychotherapy and Psychosomatics“ (1997) im gleichen Sinne: „Absurd Emphasis on Effectiveness and Immediate Results Will Harm Medical Treatment“, schreibt dieser Autor mahmend.

³ „Vernunft“ kommt etymologisch vom Vernehmen.

Patientenversorgung, die nur auf Effizienz setzt, riskiert, nicht verbessert, sondern verschlechtert zu werden. Damit ist man nicht „unrealistisch“ oder „idealistisch“. Einer effizienten Psychotherapie könnte der „Geist“ ihrer Qualität ausgetrieben werden. Das freilich wäre nicht weniger als ihr Ende. Wer das nicht will, muß auf dem Unterschied zwischen Effizienz und Qualität bestehen.

SIEBTES ARGUMENT: PSYCHOTHERAPIE IST ETWAS ANDERES, ALS MIT DEN MITTELN DER BISLANG DOMINANTEN PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG ANGEMESSEN ABGEBILDET WERDEN KANN.

Es gibt weder einheitliche Krankheitsbilder

- es ist kein Geheimnis, daß dieselben diagnostischen Ziffern höchst unterschiedliche Persönlichkeiten „verbergen“ und höchst verschiedene therapeutische Probleme aufgeben. Es ist weiter kein Geheimnis, daß dieselben Menschen bei verschiedenen Institutionen höchst verschiedene Diagnosen erhalten können (Vgl. zu einem Literaturüberblick Buchholz 1998, wo auch Entwicklungen wie OPD berücksichtigt werden, sowie Streeck 1998). Niemand weiß, ob tatsächlich dieselbe „Sorte“ von Patienten in zwei verschiedenen Studien behandelt wurden, wenn dort von „Depressionen“ oder „Persönlichkeitsstörungen“ oder „Anorexien“ oder „Schizophrenien“ die Rede ist. Die Untersuchungen haben hier eins empirisch sicher ermittelt: die Reliabilitätskoeffizienten formalisierter Diagnosesysteme (wie ICD-9 oder –10) sind erschreckend niedrig. Das hat die sog. „Forschungskriterienstudie“ (Schneider, Freyberger et al. 1993) gezeigt; damit wurde die Forderung nach OPD begründet. Aber hier zeigen erste Reliabilitätsstudien (Rudolf 1996), daß die Lage um nichts besser ist. Der in sich paradoxe Versuch, die Vielzahl menschlicher Schicksale auf einige wenige Kategorien abbilden zu wollen, kann entparadoxiert werden, wenn man ihn auf die Kontexte beschränkt, wo er Sinn macht: Administration. Verwaltungen und Geldgeber müssen mit diagnostischen Angaben „gefüttert“ werden; ob die Forschung sich vereinheitlichen kann, steht – wie ich unter Hinweis auf vielerlei Literatur gezeigt habe (Buchholz 1998) – gerade in Frage und klar ist, daß im professionellen Kontext einer psychotherapeutischen Behandlung alles mögliche die nächsten Schritte bestimmt, nur nicht die formale Diagnose.

noch gibt es einheitliche Behandlungsmethoden

- in der Literatur werden häufig einfach Namen wie „insight oriented“ oder „behavioral“ verwendet, um die durchgeführte Methode zu kennzeichnen. Niemand aber weiß, was in diesen Therapien tatsächlich „gelaufen“ ist. Es gibt nur wenige Studien, die tatsächlich transkribierte Therapien evaluiert haben und sie zeigen regelmäßig, daß hier noch eine Menge anderer Dinge passieren als die schulischen Methoden auch nur formulieren könnten. Transkriptionen sind aufwendig, aber die konversationelle Struktur therapeutischer Dialoge zu ermitteln dürfte – unabhängig von Diagnostischen Klassenbildungen und methodischen Abgrenzungsrigorismen – ein relevantes Forschungsziel werden. Jetzt bereits läßt sich sagen, daß wir es es mit hochgradig individualisierten Redeformaten und Bedeutungsgebungen zu tun haben werden.

noch sind die „Passungen“ zwischen „Krankheit“ und „Methode“ erwiesen

- der seit Kiesler (1966) bekannte „Einheitsmythos“ der Psychotherapieforschung ist nicht widerlegt (Kiesler 1995). Das besagt: Die mit EST verfolgte Idee, man könne die Wirkung einer bestimmten Methode bei bestimmten Krankheiten „messen“, ist ein Mythos. Feststellen läßt sich, daß Psychotherapie überhaupt hilft; nicht feststellen läßt sich eine Zuordnung von dieser

Methode zu jener Krankheit. Sowohl die „Einheitlichkeit“ einer Erkrankung als auch die einer Methode ist – ein Mythos.

Es gibt Studien, die nachweisen, daß man die empirisch gefundenen Ergebnisse der von einem bestimmten Autor durchgeführten Studie dann vorhersagen kann, wenn man die Präferenz dieses Autors für eine bestimmte Methode aus seinen anderen Veröffentlichungen kennt (Stiles 1993). Dies wirft erhebliche Fragen bezüglich der „Objektivität“ empirischer Studien überhaupt auf. Es ist die Forschungsgruppe um Grawe, die richtig feststellen:

„In der Psychotherapieprozessforschung geht es nicht um wahre oder falsche Aussagen ..., sondern um unterschiedlich plausible Interpretationen und Perspektiven. Die Empirie kann lediglich dazu dienen, Anregungen und Hinweise zu geben, welche Interpretationen als angemessen und klinisch plausibel zu betrachten ist.“ (Daniel Regli, Klaus Grawe, Daniel Gassmann und Andrea Dick 1998, S. 255).

Diese Äußerung kann m.E. als grundsätzliches Eingeständnis gewertet werden, daß empirically supported therapy nicht mehr leistet, als „Anregungen und Hinweise zu geben“ – die Entscheidung darüber, was „angemessen und klinisch plausibel“ ist, muß dem Beurteilungsvermögen des professionellen Klinikern überlassen bleiben. Ich betrachte diese Formulierung auch als Bestätigung für meine früher formulierte These (Buchholz 1997), daß der wissenschaftliche Kontext in der *Umgebung* des professionellen vorkommt, diesen beobachten und durchaus auch „irritieren“ kann. Aber es hätte schwerwiegende destruktive Folgen, sollte der professionelle von anderen Kontexten dominiert oder gar determiniert werden. Forschung kann – „Anregungen und Hinweise“ geben; aus der Umwelt der Profession. Profession und Wissenschaft bilden Umwelten füreinander (Reiter und Steiner 1996).

Es bleibt dann in der Substanz eine *politische* Entscheidung, ob die Repräsentanten der Gesellschaft das Vertrauen aufbringen, das gut ausgebildete Klinikern benötigen, um ihre Arbeit zu tun; die psychotherapeutische Forschung kann hier die Rolle des „sachverständigen Zeugen“ durchaus nicht allein für sich beanspruchen. Deshalb ist zu fordern, der Stimme der professionellen Praxis in den politischen Entscheidungsgremien *neben* der der Forschung durchaus mehr Gewicht zu verleihen.

Man kann zur Begründung für diesen Standpunkt den „frühen“ Grawe (1990, S. 295) zitieren, der unter methodologischen Gesichtspunkten in der Einleitung zur eigenen „Berner Studie“ formulierte:

„Vorangegangene Forschungserfahrungen ... haben uns gelehrt, daß in empirischen Untersuchungen festgestellte Therapieeffekte nicht einfach als gefundene Fakten über die Wirkungen der untersuchten Therapien genommen werden dürfen, sondern in einem sehr weiten Sinne als vom Untersucher hergestellte Produkte betrachtet werden müssen. Sie hängen nicht nur von den angewandten Therapien, sondern in starkem Maße auch von den Meß- und Auswertungsmethoden ab, die zu ihrer Herstellung verwendet wurden“ (meine Kursivierung, MBB).

Es gibt eine deutlich erkennbare Differenz zwischen dem, was als „empirically supported“ gelten kann und dem, was als „evidence based“ seine klinische Nützlichkeit hat. Die stillschweigende Hierarchie, wonach Forschung (exemplarisch EST) *über* professionelle Praxis zu befinden habe, ist nicht gerechtfertigt. Im angelsächsischen Sprachraum hat sich die Hierarchie übrigens umgedreht; hier spricht man von den „science based professions“. Die Wissenschaft basiert, sie richtet nicht.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Abstrakt könnte man formulieren, daß das, was in Psychotherapien geschieht, eine individuelle Problembearbeitung im Kontext einer intimisierten Interaktion darstellt. Psychotherapie kann deshalb *allgemein nicht* definiert, wohl aber *individuell realisiert* werden.

Ihre wissenschaftliche Evaluation kann – nach der Formulierung von Grawe – ihrerseits nur bestimmte Produkte herstellen, die *innerhalb des wissenschaftlichen Kontextes* Gültigkeit haben. Evaluation heißt, daß im Prinzip mit den gleichen Methoden das Training eines Sportlehrers im Hinblick auf das Gewinnen von Medaillen oder die Reorganisation eines schulischen Alltags mit Wirkung auf Noten und Versetzungen untersucht wird wie die „Leistungen“ eines Psychotherapeuten. Wo dieser Forschungsansatz zum Anschlag kommt, muß das Tun des Therapeuten als unabhängige und die Veränderung am Patienten als abhängige Variable definiert werden. Was im professionellen Kontext als (Bemühung um) Qualität gilt, kann im wissenschaftlichen Kontext nur als Effizienz aufgefaßt werden. Es gibt, wie ich gezeigt habe, Forscher, die der Befürchtung Ausdruck verleihen, daß eine solche semantische Verschiebung mit negativen Folgen für den professionellen Kontext einherginge.

Die Lösung, die ich hier vorgeschlagen habe, besteht darin, die Kontexte getrennt zu halten. Die Vertreter ökonomischer Kontexte müssen prüfen dürfen, wofür sie ihr Geld verwenden wollen; aber sie sollten dies mit eigenen Mitteln tun. Wenn Psychotherapie nicht andere Kosten (wie Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, Ausfalltage) zu reduzieren in der Lage wäre, müssen sie die Frage aufwerfen, ob Psychotherapie weiter bezahlt werden soll. Mit solchen Fragen bewegen sie sich innerhalb ihres eigenen, von Wirtschaftlichkeitskriterien bestimmten Kontextes. Ein Vorschlag der Zuarbeit, wie ihn Maling und Howard gefordert haben, sollte dann nicht „Forschung“ heißen, sondern „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ und durchaus auch: interessierte Prüfung.

Die Kontexte trennen heißt aber auch weiter, anderen nicht das Recht zugestehen, professionelle Praxis zu *determinieren*. Ein Vergleich erhellt das Gemeinte. Gerät z.B. künstlerische Kreativität unter den determinierenden Einfluß wirtschaftlicher Imperative, heißt ihr Produkt Werbung; geschieht dasselbe beim Recht oder bei der Politik, ist das Ergebnis Korruption; kann die Politik determinieren, was geforscht wird, haben wir es mit totalitären Entwicklungen wie etwa in der Sowjetunion der 30er Jahre zu tun. Alle diese Bereiche brauchen für ihre optimale Entwicklung eine hinreichende Ausdifferenzierung (Luhmann 1997), die ihnen ihre Autonomie gewährleistet und sie zugleich in Abhängigkeit voneinander so hält, daß sie aufeinander angewiesen sind, ohne sich gegenseitig Vorschriften machen zu können. Die Determination der Profession durch Wissenschaft oder Ökonomie oder Politik muß man klar mit nein beantworten; solche Determination hätte nicht wünschenswerte Folgen:

1. die Autonomie der professionellen Praxis und die Belange eines individuellen Patienten würden gefährdet
2. wissenschaftliche Evaluationen sind selbst allzusehr unter den Einfluß von ökonomischen Imperativen geraten
3. die Versorgung bestimmter Patientengruppen könnte sich verschlechtern

Wenn man die Kontexte voneinander trennt und andererseits nicht abweisen kann, daß im Feld selbst ein erheblicher Professionalisierungsbedarf besteht, muß man Vorschläge anbieten, die eine professionelle Optimierung zum Ziel haben – aber intern formuliert sind. Hierzu ein paar Ideen, die sich v.a. auf die Organisation der Ausbildung von Therapeuten beziehen. Hilfreich wäre m.E. alles, was Psychotherapeuten zu einem bestimmten „Geist“ anregt; zu einer Haltung der Leben-

digkeit statt dogmatischen Bescheidwissens, gebildeter Selbstreflexion statt klassifikatorischer Erstarrung, zu interessierter Neugier für wissenschaftliche und professionelle Nachbarn statt Eingelung und Besitzstandswahrungsmentalität, zu einer Bereitschaft, die eigenen Paradigmen nicht als Para-Dogmen zu behandeln. Das zu konkretisieren sollen die folgenden Vorschläge dienen:

Prämiiierung von erfolgreichen Kurztherapien. Gegenwärtige Ausbildungen (nicht nur Psychoanalyse!!) fordern Mindestbehandlungszeiten. Das ist angesichts der Abhängigkeit vom ökonomischen Kontext gewiß kontraproduktiv. Erfolgreiche Therapeuten, die ein Behandlungsergebnis in kürzerer Zeit erreichen, sollten prämiert und nicht in ihrer Ausbildung zurückgeworfen werden. Zugleich sollte ermöglicht bleiben, daß Therapeuten auch Erfahrungen mit lange dauernden Behandlungen machen können. Es sollte kein „Druck“ in Richtung „kürzer, schneller, besser“ erzeugt werden.

Entmistung der Ausbildungsgänge von inhaltlichen Positionen, die sich mittlerweile als überholt erwiesen haben. Das können im Bereich der Verhaltenstherapie „grobe“ Positionen sein, wie z.B. die, daß Symptome „erlerntes Verhalten“ seien oder in der Psychoanalyse die Auffassung, daß „Einsicht“ der einzige und der Königsweg für therapeutischen Wandel sei. Es können aber auch Detailpositionen sein, die gesondert diskutiert werden müssen.

Bildung von Therapeuten wage ich zu fordern. Der britische Vollblutkliniker Hobson (1985) berichtet, er sei einmal von jüngeren gefragt worden, was sie denn lesen sollten? Er habe geantwortet, Shakespeare und die Bibel. Diese Antwort ist gewiß nur metaphorisch, aber es gibt psychoanalytische Weiterbildungsteilnehmer, die nicht wissen, daß Ödipus eine Figur des griechischen Mythos ist. Kenntnis moderner Dramen und Romane wäre auch nicht schlecht, schließlich lautet eine der metaphorischen Definitionen des menschlichen Lebens, es sei ein Roman ...

Entwicklung von alternativen Positionen. Statt „Einsicht“ könnte z.B. die Annahme geprüft werden, daß „Kooperation“ zwischen Therapeut und Patient ein entscheidend wichtiger Faktor ist. Man kann intern untersuchen, *wie* Kooperation interaktiv „ingerichtet“, aufrechterhalten und begründet wird, welche Einstellungen dafür förderlich oder hinderlich sind usw. Man muß außerdem keineswegs immer die „Ursachen“ kennen, um etwas ändern zu können.

Statt externer Effizienzüberprüfungen könnten in Abhängigkeit vom Wissenschaftssystem qualitative Untersuchungen gefördert werden. Vielleicht könnte man es ja doch eines Tages schaffen, wenigstens einige Therapeuten dazu zu bringen, ihre eigenen Therapien einmal zu transkribieren und zur Diskussion zu stellen; ich meine, gute Kliniker müßten daran ein ureigenes Interesse haben. Das Schreiben von Fallgeschichten sollte gelehrt werden. Publierte Kasuistiken sollten wörtlich transkribierte Passagen enthalten, um Lesern den Einfluß der Interaktion und der Behandlungstechnik auf die Theoriebildung nachvollziehbar werden zu lassen. Allzu geglättete Transkriptionen sollten von Redaktionen abgelehnt werden, weil wir in mündlichen Interaktionen eben nicht verschriftet miteinander sprechen.

Gefördert werden sollten Kasuistiken, die der Theorie widersprechen. Die Untersuchung von Burland (1997) habe ich anfangs schon erwähnt. Der Theoriekonformismus in den Falldarstellungen aller Schulen ist zur Klärung der theoretischen Bestände nicht hilfreich, und auch nicht zur Verbesserung der Behandlungen. Wir brauchen eine Art Archiv für jene Fälle, die von der Theorie nicht abgedeckt werden - und die Art und Weise, wie hier dokumentiert werden kann, sollte diskutiert werden. Ich betrachte diese Forderung als dringenden Beitrag zur Entwicklung von Lernfähigkeit. Ein professioneller Kontext, der durch abweichende Befunde nicht mehr irritiert werden könnte, müßte als emotional und kognitiv erstarrt bekämpft werden. Damit meine ich durchaus, daß wir uns fragen müssen, ob wir den Eindruck mentaler Gerontokratie in anderen Kontexten vielleicht schon hervorgebracht haben?

Berufungen auf Autoritätsargumente (Zitierung heiliger Texte) und traditionelle Auffassungen sollte von Zeitschriften-Redaktionen nicht mehr umstandslos akzeptiert werden; aber Anrufungen angeblicher „Fakten“ auch nicht. Radikal formuliert sollten wir uns dazu durchringen, daß „Identität“ auch ein Synonym für Lernbehinderung sein kann.

Videographierung von Lehr- und Lerntherapien. Man könnte die Forderung aufstellen, daß im Rahmen einer Ausbildung die Teilnehmer eine bestimmte Anzahl von Therapien videographisch aufzeichnen und mit einer Gruppe diskutieren müssen. Der Effekt wäre, daß Ausbildungsteilnehmer einen Sinn für „therapeutisch effektive Kommunikation“, für den persönlichen Stil ihrer Einflußnahme und für erkennbar negative, den Prozeß störende Verhaltensweisen (insbesondere unbemerkte negative Bewertungen) entwickeln würden. Falldarstellungen in kasuistischen Seminaren würden vom Zwang zur Täuschung befreit; der Prüfungsdruck könnte leicht gemindert werden, indem Erfahrene und Gruppenleiter den Vorreiter machen. Hier könnten psychoanalytische Professionelle einiges von der Videoerfahrung, wie sie bei anderen, etwa familientherapeutischen Professionellen seit Jahren in der Ausbildung üblich ist, profitieren – sich dem nicht zu verschließen, wäre ein Beitrag zum antidogmatischen Geist.

Es könnte weiter in Ausbildungen darauf ankommen, *Sensibilitäten zu fördern*. Sensibilitäten sind – vorläufig bestimmt – personengebundene Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Strukturierung besonderer Lagen. Manche Menschen haben Sensibilität für mimische Ausdrücke anderer, wieder andere haben ausgesprochenen Sinn für sprachliche Feinheiten, Dritte eine besondere Sensibilität für soziale Verhältnisse, Vierte vielleicht für eheliche (Un)Gleichgewichtsverhältnisse. Hier wäre es, zur Förderung der professionell-psychotherapeutischen Kompetenz gewiß hilfreich, wenn über das hier nur vorläufig Gesagte hinaus

- ein genauerer Begriff dafür entwickelt werden könnte, was psychotherapeutische Sensibilität eigentlich meint (vielleicht in Analogie zum Konzept der mütterlichen „Feinfühligkeit“, wie es Klaus Großmann im Kontext der Bindungsforschung entwickelt hat)
- eine Typologie von Sensibilitäten bzw. Dimensionen von therapeutischer Sensibilität beschrieben würde
- und schließlich Methoden zur Förderung solcher Fähigkeiten bei Ausbildungsteilnehmern entwickelt würden.

Diese Forderungen zielen auf eine Förderung des professionellen *Könnens*; damit will ich sagen: es geht mir nicht um das wissenschaftsdominierte „Wissen“. In der Ausübung der Profession kommt es auf „gekonnten“ Vollzug an. Viele wissen gut Bescheid, aber ihr Wissen hilft ihnen nicht dabei, gute Therapie zu machen. Andere haben seit Jahren keine wissenschaftliche Literatur gelesen und sind dennoch gute Therapeuten. Natürlich gibt es auch Gegenbeispiele; sagen möchte ich: Ausbesserung von *Wissenslücken* ist nicht das einzige probate Mittel bei Mängeln des therapeutischen Könnens. Auch deshalb kann Wissenschaft die Profession nicht determinieren.

Meine Anregungen sind professionsintern und ich bitte das zu bedenken, weil ich voraussehe, daß sofort Forderungen nach Überprüfbarkeit etc. kommen werden. Aber ich wollte gerade die Kontexte trennen. Andere Vorschläge können sich selbstverständlich anschließen. Ein Bedarf zur Weiterentwicklung der Profession sollte nicht negiert werden; in jedem Fall sollte die Aufmerksamkeit der Frage gelten, wie die Profession als lernfähige Organisation entwickelt werden kann. Denn wenn sie das tut, kann sie sich qualitätsbewußt gegen bloße Überprüfungen wehren – aber mit wirkungsvollen Effekten.

Literatur

- Acierno R, Hersen M (1994) Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clin. Psychol Rev.* 14, 287-299
- Barlow D, Wolfe B (1981) Behavioral approaches to anxiety disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 49: 448-445
- Barlow DH (1996) The effectiveness of psychotherapy: Science and Policy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3: 236-240
- Bohart AC, O'Hara M, Leitner LM (1998) Empirically violated treatment: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research* 8: 141-157
- Buchholz MB (1997) Psychoanalytische Professionalität. *Forum der Psychoanalyse* 13, 75-93
- Buchholz MB (1998) Sprachliche Interaktion und Diagnosen. Überlegungen zu einem System-Umwelt-Verhältnis der Profession anhand einiger empirischer Befunde. *System Familie* 11: 47-59
- Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 66: 7-18
- Eisenberg L (1995) The Social Construction of the Human Brain. *Am J Psychiatry* 152:11, 1563-1575
- Elliott R (1998) Editor's Introduction: A Guide to the Empirically Supported Treatment Controversy. *Psychotherapy Research* 8: 115-125
- Garfield SL (1996) Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3: 218-229
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie. Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 19: (Heft Nr. 4), 294-315
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Henry WP (1998) Science, Politics, and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research* 8: 126-140
- Henry W P, Strupp H H (1991) Vanderbilt University: The Vanderbilt Center for Psychotherapy Research. In: Beutler L E, Crago M (Hrsg) *Psychotherapy Research*. American Psychological Association, Washington, DC 166-174
- Hutterer R (1996) Kritische Perspektiven zu Psychotherapieforschung und -praxis. In: Pritz A (Hrsg) *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien/New York
- Jaeggi E (1994) Die problematische Beziehungen zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In: Buchholz MB, Streeck U (Hrsg) *Heilen, Forschen, Interaktion*. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen

- Kiesler DJ (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol. Bull.* 65: 110-136
- Kiesler DJ (1995) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm: Revisited. *Psychotherapy Research* 5: 91-101
- Lambert MJ (1992) Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Theories. In: Norcross JC, Goldfried MR (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books, New York
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.). Wiley, New York
- Leichsenring F (1996) Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 32: 205-234
- Lidz T (1991) Die Regression der Psychiatrie (übers. von G. Reich und M.B. Buchholz). *Psycho-sozial* 14: (Heft Nr. 48), 67-80
- Luhmann N (1997) *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (2 Bde.) Suhrkamp, Frankfurt
- Lytle RA (1993) An investigation of the efficacy of eye-movement desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to memories of a past stressful event. *Diss.Abstr.Intern.* 54-09(B), 4926
- Maling MS, Howard KI (1994) From Research to Practice to Research to.... In: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (Hrsg) *Psychotherapy Research and Practice*. Basic Books, New York
- Messer S B, Warren C S (1995) *Models of Brief Psychodynamic Therapy. A Comparative Approach*. The Guilford Press, New York, London
- Miller SC, Duncan BL, Hubble MA (1997) *Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. Norton, New York
- Prochaska JO (1995) Common Problems: Common Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2: 101-105
- Raue PJ, Putterman JT, Goldfried MR, Wolitzky DL (1995) Effect of rater orientation on the Evaluation of therapeutic alliance, *Psychotherapy Research* 5, 337, 342
- Regli D, Grawe K, Gassmann D (1998) CIPA - eine Methode zur Verbindung von quantitativer und qualitativer Einzelfallanalyse. *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 48: 243-256
- Roth A, Fonagy P (1996) *What works for whom? A critical Review of psychotherapy research*. Guilford, New York
- Rudolf G (1991) Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert T (Hrsg) *Psychotherapie im Wandel. Lindauer Texte zur Fort- und Weiterbildung*. Springer, Berlin/Heidelberg/New York

Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen, T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) Zsch. Psychosom. Med. 42, 343- 357

Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüßler G (1993) Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap V. Eine kritische Auseinandersetzung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Shapiro DA (1996) "Validated" treatments and evidence-based psychological services. Clinical Psychology: Science and Practice 3: 256-259

Streeck U (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Psychotherapeut 43: 157-163

Strupp H H (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. Psychotherapeut 41: 84-87

Talley PF, Strupp HH, Butler SF (1994) Conclusion. In: Talley PF, Strupp HH, Butler SF (Hrsg) Psychotherapy Research and Practice. Basic Books, New York

Ulsenheimer K (1998) "Leitlinien, Richtlinien, Standards" - Risiko oder Chance für Arzt und Patient?. Arzt und Krankenhaus 5: 106-111

Waldvogel B (1997) Längere Psychotherapien werden als nützlicher erlebt. Zu den Ergebnissen und der Diskussion einer unabhängigen Umfrage in den USA. Forum Psychoanal. 13, 172-182

Wampold BE (1997) Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychotherapy Research 7: 21-43