

**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 –<br/>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<br>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        |

|            |                                                                            |            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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<br>besonders erfolgreich? – Variationen im Behandlungsvorgehen ..... | 133 |
| 9.7  | Psychobiologie der Behandlung von Panikattacken .....                                                                        | 135 |
| 9.8  | Weiterführende Literatur .....                                                                                               | 136 |
| <br> |                                                                                                                              |     |
| 10   | <b>Soziale Phobie</b> .....                                                                                                  | 137 |
| 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 |
| <br> |                                                                                                                              |     |
| 11   | <b>Posttraumatische Belastungsstörungen</b> .....                                                                            | 159 |
| 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 |
| <br> |                                                                                                                              |     |
| 12   | <b>Zwangsstörungen</b> .....                                                                                                 | 174 |
| 12.1 | Zusammenfassung .....                                                                                                        | 174 |
| 12.2 | Einleitung .....                                                                                                             | 175 |
| 12.3 | Praktisches Vorgehen.....                                                                                                    | 176 |
| 12.4 | Wissenschaftliche Fundierung .....                                                                                           | 190 |
| 12.5 | Weiterführende Literatur .....                                                                                               | 194 |
| <br> |                                                                                                                              |     |
| 13   | <b>Affektive Störungen</b> .....                                                                                             | 195 |
| 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>                                              | <b>220</b> |
| 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>                                        | <b>244</b> |
| 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>                                                              | <b>262</b> |
| 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> | <b>280</b> |
| 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>                                                                 | <b>297</b> |
| <b>18</b> | <b>Entspannungsverfahren und klinische Hypnose</b>                                                | <b>299</b> |
| 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>                                                                    | <b>310</b> |
| 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<br>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)<br>von Ullrich & Ullrich de Muynck (1976)..... | 379        |
| 23.5      | Das Gruppentraining Sozialer Kompetenzen GSK<br>(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,<br>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 nachgewiesenmaßen 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 fruchtbare 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, Behandlungsleitfäden 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-

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 ungern 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 Therapiefor schung gibt, welchen Bedarf das Gesundheitssystem an wissenschaftlicher Therapiefor schung 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 Patientenanzahl 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-

uation 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**«). Selbstbeschreibungsv erfahren 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 Patientenspopulation 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 Rücklaufraten 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-

cher gewertet werden als solche mit hohen Raten vollständiger Datensätze (Rief & Hofmann, in press). Es muss oberstes Ziel der Untersuchungsleiter sein, möglichst hohe **Rücklaufraten** bei Interventionsstudien zu erhalten, unabhängig davon, in welchem Setting die Studie durchgeführt wird.

Es konnte verschiedentlich gezeigt werden, dass bei psychischen und psychosomatischen Störungen auch bei Einrichtungen der Routineversorgung Rücklaufraten von über 80 % möglich sind, wenn die Studienleiter entsprechend sorgfältig vorgehen und hohes Engagement in diesem Punkt zeigen.

### Das Problem von fehlenden Werten – die Intend-to-treat-Analysen

Ein weiteres Verfahren zum Umgang mit unterschiedlichen Rücklaufraten sind die sog. »**Intent-To-Treat-Analysen (ITT)**«. Hierbei werden die Personen mit fehlenden Werten zum Behandlungsende bzw. zur Katamnese nicht ausgeschlossen, sondern die fehlenden Werte werden durch eine konservative Schätzung ersetzt. Häufigstes Verfahren gerade bei Pharmastudien ist die »**Last-Observation-Carried-Forward-Methode**«. Dabei wird der fehlende Wert (z.B. zur Katamnese) durch den letzten gültigen Wert (z.B. Behandlungsende) ersetzt, so dass implizit keine Veränderung angenommen wird. Dies ist jedoch alles andere als konservativ geschätzt: Die meisten Drop-outs sind üblicherweise gerade zur Katamnese hin, so dass durch dieses Verfahren häufig geschätzt wird, dass keine Rückfälle in der Katamnese auftreten. Konservativer geschätzt wird, wenn grundsätzlich fehlende Werte durch den Ausgangswert ersetzt werden. Solche ITT-Analysen verändern zwar in der Regel wenig an der statistischen Signifikanz, da sich einerseits der Effekt verringert, andererseits sich die Stichprobengröße wieder erhöht. Sie können jedoch realistischere Schätzungen bezüglich Effektstärken der Interventionen sowie Responder-Raten ermöglichen. Bei der Mehrzahl der Psychotherapie-Studien machen ITT-Analysen jedoch nur Sinn, wenn von 70–85 % der Teilnehmer vollständige Datensätze vorliegen. Liegt der Anteil vollständiger Datensätze höher (z.B. über 90 %), kann davon ausgegangen werden, dass Ausfälle nicht systematisch mit dem Treatment zusammenhängen, sondern durch Umzüge, Urlaub etc. der Teilnehmer bedingt sind. Bei Rücklauf-Raten unter 70 % kann und darf eine ITT-Analyse nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Studie vermutlich methodische Schwächen hat oder das Treatment mit ernsthaften Akzeptanz-Problemen einhergeht.

## 1.6 Ablaufplan zur wissenschaftlichen Einführung von neuen psychotherapeutischen Interventionen

Randomisierte klinische Therapiestudien stellen zwar das Kernstück in der wissenschaftlichen Evaluation von psychologischen Interventionen dar, sind jedoch nur ein

(wenngleich auch wesentlicher) Schritt in der Einführung und Bewertung von Therapieverfahren. In Anlehnung an die 4 Stadien der pharmakologischen Forschung wurden für die Psychotherapieforschung folgende Phasen bei der wissenschaftlichen Einführung neuer Interventionen vorgeschlagen:

### 1. Phase: Einzelfallstudien

In einer ersten Phase ist das neu zu evaluierende Interventionsverfahren genau zu be-

schreiben und, wenn möglich, zu manualisieren. In systematischen Einzelfallstudien muss getestet werden, ob das Verfahren schädliche Nebenwirkungen hat und/oder positive Effekte zu erwarten sind.

## **2. Phase: Prä-Post-Gruppenvergleiche**

In einer zweiten Phase kann im Rahmen von reinen Prä-Post-Gruppenvergleichen die allgemeine Effektivität überprüft werden. Hierbei sollte ein besonderer Schwerpunkt auch auf der Erhebung von Prozessvariablen (Erfassung mehrerer Messzeitpunkte) gelegt werden, um den Behandlungsansatz weiter zu optimieren und eine Überarbeitung des Therapiemanuals vorzunehmen. Diese Phase dient daneben ebenfalls der Prüfung, ob negative Effekte durch das Treatment zu erwarten sind.

## **3. Phase: Kontrolliert-randomisierte Therapiestudien**

In einer dritten Phase müssen kontrolliert-randomisierte Therapiestudien durchgeführt werden. Diese sollen die zuvor genannten Gütekriterien erfüllen. Da eine solche entsprechend aufwändig ist, ergibt dies nur Sinn, wenn die Informationen aus Phase 1 und Phase 2 vorliegen. Eine Therapieform kann dann als wissenschaftlich fundiert gelten, wenn sie in mehreren voneinander unabhängigen Forschungszentren entweder gemessen an Kontrollbedingungen besser oder zu bekannten Therapiemaßnahmen vergleichbar abschneidet.

## **4. Phase: Studien in der Routineversorgung**

Offensichtlich kann ein grundsätzlicher Unterschied in der Effektivität von therapeutischen Interventionen bestehen, wenn diese zum einen im Rahmen von wissenschaftlichen Therapiestudien an Forschungsein-

richtungen, zum anderen im Rahmen der klinischen Routineversorgung durchgeführt werden. In der klinischen Routineversorgung kann in aller Regel weniger Energie für qualitative Aspekte aufgewendet werden. Dieser Unterschied wird angloamerikanisch auch als Unterschied zwischen »*efficacy*« (Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien) und »*effectiveness*« (Wirksamkeit in der Routineversorgung) beschrieben. In der Pharmaforschung werden zu diesem Zwecke Anwendungsbeobachtungen in der Regel mit großen Stichproben durchgeführt. Eine solche Tradition existiert in der Psychotherapieforschung bislang nicht und gute Anwendungsforschung ist erst im Entstehensprozess.

Dieses vorgeschlagene Modell zur Implementierung neuer Therapieformen hat Auswirkungen auch auf die zu fordernde Förderung von Therapiestudien. Während bislang in aller Regel die randomisierten klinischen Studien als mehr oder weniger »einzig wahre« wissenschaftliche Therapiestudien gefördert werden, ist demgegenüber eine differenzierte Forschungsförderung notwendig, die je nach Entwicklungsstand der Implementierung der Therapiemethode spezifische Studiendesigns fördert.

## **1.7 Metaanalysen; Cochrane-Analysen**

Die Anzahl der publizierten Studien zu Fragen des Gesundheitswesens steigt kontinuierlich und ist für den einzelnen Wissenschaftler fast unüberschaubar geworden. So wird angenommen, dass im Bereich der Medizin jedes Jahr mehr als zwei Millionen Artikel erscheinen (Rosenthal & DiMatteo, 2001). Viele dieser Studien bringen ähnliche, andere wiederum widersprüchliche Ergebnisse. Aus diesem Grund wurde in den letzten 20 Jahren die Technik der Metaana-

lyse herangezogen und weiterentwickelt, um Gesamttrends erkennen zu können. Allerdings muss auch davor gewarnt werden, Ergebnisse von Metaanalysen als »Wahrheit« zu interpretieren: Wie z.T. aus dem Folgenden ersichtlich wird, sind bei Metaanalysen zahlreiche Annahmen und Schätzungen vorzunehmen sowie viele Fragen methodisch ungeklärt (z.B. Gewichtung unterschiedlich guter Studien, Gewichtung unterschiedlicher Stichprobengrößen, Gewichtung unterschiedlich sensitiver Instrumente zur Veränderungsmessung, Gewichtung unterschiedlicher Drop-out-Raten, Gewichtung unterschiedlicher Follow-up-Perioden und vieles mehr). Die Technik der Metaanalyse wird weiter unten näher beschrieben.

Um die zusammenfassende Interpretation von wissenschaftlichen Studien noch mehr zu systematisieren, haben sich Arbeitsgruppen unter dem Namen »Cochrane-Institute« zuerst in England, zwischenzeitlich auch in Deutschland und anderen Ländern gegründet (s. [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)). Danach erfolgt die Zusammenfassung verschiedener Studien zu einem Thema nach folgendem Prinzip:

### Vorgehen bei Cochrane-Analysen

- Formulierung des Problems (z.B. Definition der einzuschließenden Krankheitsbilder und Interventionsmethoden).
- Lokalisierung und Auswahl der Studien, Definition des Auswahlprozesses (z.B. Verwendung der Literatursuchsysteme MEDLINE, PSYCINFO und anderer).
- Qualitätsbewertung der Studien, Festlegung der Qualitätskriterien zum Einschluss (z.B. Einschluss nur von randomisiert-kontrollierten Studien oder auch von anderen methodischen Ansätzen).
- Sammeln der Daten aus den Studien.
- Datenanalyse und Präsentation der Ergebnisse (hierbei oftmals unter Verwendung von Metaanalysen, die jedoch nur

eine mögliche Variante zur Datenaggregation darstellen).

- Interpretation der Ergebnisse.
- Verbesserung und Update der Zusammenfassungen zu diesem Thema im Rahmen von Cochrane-Datenbanken.

Die Auswahl der entsprechenden Studien ist hierbei komplizierter als vielfach vermutet. Wie z.B. von den Hauptherausgebern der Anleitung für Cochrane-Reviews (Clarke & Oxman, 2003) festgehalten, finden sich nur zwischen 30 und 80 % aller randomisierten klinischen Studien zu bestimmten Gesundheitsthemen in der Datenbank MEDLINE. Weiterhin bestätigen zum Teil drastische Diskrepanzen zwischen Suchergebnissen in MEDLINE und PSYCINFO, dass man zum einen mehrere Datenbanken für Literatur berücksichtigen muss, zum anderen oftmals auch die Suche »per Hand« ergänzen muss.

Bei der Bewertung der Studien sind folgende Qualitätsunterschiede zu berücksichtigen:

**Selektionsbias:** Unterschiede zwischen den Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien zwischen den einzelnen Studien. Wie repräsentativ sind die einzelnen Stichproben für die Gesamtheit der an der Erkrankung leidenden Personen?

**Durchführungsbias:** Systematische Unterschiede in der Art und Weise der Verabreichung der Intervention, z.B. Unterschiede in der Stundenanzahl, Erfahrungsschatz der Therapeuten, geblockte versus verteilte Darbietung der Therapien, Einzel- versus Gruppentherapie und vieles mehr.

**Ausfallraten:** Drop-outs zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Follow-ups.

**Entdeckungsbias:** Systematische Unterschiede in den Messinstrumenten zur Erfolgsmessung sowie ihrer Änderungssensitivität.

**Tab. 1.2:** Evidenzbewertung für Interventionen (nach dem Vorschlag der Agency for Health Care Policy, die als Vorlage den Cochrane-Instituten diente)

|     |                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ia  | Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter Studien.                                                                                 |
| Ib  | Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie.                                                                   |
| IIa | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung.                                               |
| IIb | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten quasi-experimentellen Studie.                                                            |
| III | Evidenz aufgrund von mindestens zwei gut angelegten nicht-experimentellen deskriptiven Studien (z.B. Fall-Kontroll-Studien).              |
| IV  | Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen, Expertenkreisen, Konsensus-Konferenzen und/oder klinischen Erfahrungen anerkannter Autoritäten. |

Das Cochrane-Institut schlägt vor, je nach Verletzung dieser Kriterien die Studien einzuordnen als A-Studien (geringes Risiko eines Bias), B-Studien (mittleres Risiko eines Bias) und C-Studien (hohes Risiko eines Bias). Erst nach diesen Vorentscheidungen wird vorgeschlagen, sich einer Analyse der Einzeldaten und Zusammenfassung der Studien anzunähern. Je nach Gesamtsituation wird die Bewertung in 4 Kategorien vorgenommen (s. Tab. 1.2).

### 1.7.1 Durchführung von Metaanalysen

Metaanalysen stellen einen systematischen Ansatz dar, um die Ergebnisse verschiedener Studien zu einem Thema zusammenzufassen. In neuerer Zeit werden Ergebnisse von Metaanalysen oftmals als »wissenschaftliches Endergebnis« fehlbewertet. Dies täuscht darüber hinweg, dass auch bei Metaanalysen Vorannahmen zu treffen sind sowie Fehler mit eingehen, so dass das Ergebnis der Metaanalyse die Schätzung eines Gesamteffektes darstellt, jedoch nicht den »wahren Wert«.

Nachdem die entsprechenden Studien ausgewählt wurden, die in eine Metaanalyse eingehen sollen, werden Zielvariablen definiert. Oftmals ist es sinnvoll, zwei Cluster

von Zielvariablen vorzusehen, nämlich krankheitsspezifische Veränderungsvariablen (z.B. Depressivität) und krankheitsunspezifische Variablen wie allgemeine Psychopathologie, Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden. Für diese Variablen-Cluster wird pro Studie die Effektstärke berechnet. Zur Effektstärkenberechnung wird zurzeit am häufigsten Cohen's d eingesetzt, unter Umständen im Sinne des Hedges g korrigiert. Diese setzt die Veränderung von Behandlungsbeginn-Werten und Behandlungsende-Werten in Relation zur gepoolten Standardabweichung. Eine Effektstärke von 1 nach Cohen bedeutet somit, dass sich die Personen in dieser Gruppe um durchschnittlich eine Standardabweichung verbessert haben. Für die Interpretation der Cohen'schen d-Werte haben sich die nachfolgend aufgeführten Grenzwerte eingebürgert.

#### Bewertung der Effektstärken nach Cohen

Cohen's d =  $(M1 - M2) / (SD \text{ gepoolt})$

Bewertung:

d zwischen 0,2 und 0,5: geringer Effekt

d zwischen 0,5 und 0,8: mittlerer Effekt

d größer als 0,80: großer Effekt

Zu diesem Vorgehen der Effektstärkenberechnung gibt es verschiedene Varianten. So schlägt der Wert von Class's delta vor,

die Effektstärke nicht in Relation zur gepoolten Gesamtvarianz zu berechnen, sondern in Relation zur Varianz in der Kontrollgruppe. Für die Bestimmung einer Metaanalyse ist dieses Vorgehen jedoch nur bedingt sinnvoll, da Effekte in der Behandlungsgruppe unterschiedlich gewichtet würden, je nachdem welche Kontrollgruppe in der einzelnen Studie ausgewählt wurde. Andere Experten (z.B. Rosenthal & DiMatteo, 2001) bevorzugen dagegen korrelationsorientierte Effektstärkenmaße ( $r$ ). Der  $r$ -Wert kann leicht aus der  $t$ -Statistik (bei  $t$ -Tests) bzw.  $F$ -Statistik (bei Varianzanalysen) gewonnen werden, da:

$$r = \sqrt{(t^2:(t^2 + df))} = \sqrt{(F:(F+df_{\text{error}}))}.$$

Die zuvor genannte Effektstärke  $d$  kann einfach in die Effektstärke  $r$  umgerechnet werden:

$$r = \sqrt{(d^2:(d^2 + 4))}.$$

Für die Metaanalyse werden die Effektstärken der einzelnen Studien üblicherweise entsprechend ihrer Stichprobengröße gewichtet und es wird ein mittleres Effektstärkenmaß über alle Studien hinweg berechnet (möglichst mit Konfidenzintervallen). Allerdings kann eine lineare Gewichtung der Stichprobengröße problematisch sein, wenn z.B. mehrere gut kontrollierte kleine Studien durchgeführt wurden sowie eine deutlich schlechter durchgeführte Studie mit sehr großer Stichprobe. In diesem Beispiel würde die letztgenannte Studie das Gesamtergebnis entscheidend prägen, obwohl es methodisch die schlechteste Studie war.

Prinzipiell muss bei der Metaanalyse auch das Sprachbias und Publikationsbias berücksichtigt werden. So finden sich in den Literaturdatenbanken vor allem englischsprachige Publikationen, während russische, chinesische oder lateinamerikanische Publikationen kaum berücksichtigt sind. Studien mit nicht-signifikanten Unterschieden werden von den Studienleitern seltener in Artikeln aufbereitet; wenn doch, werden solche Artikel seltener in anerkannten Zeitschriften veröffentlicht und häufiger abge-

lehnt. Damit wird man bei Literaturrecherchen oftmals ein falsch-positives Bild vorfinden. Um dies zu berücksichtigen, kann eine »fail safe rate« berechnet werden. Diese drückt aus, wie viele Studien ohne Wirksamkeitsnachweis für die Intervention unpublishiert durchgeführt werden müssten, um den gefundenen positiven Effekt der Intervention zunichte zu machen. Es wird vorgeschlagen, dass die fail safe rate mindestens 5-mal so hoch sein soll wie die Anzahl der publizierten Studien, um von einem robusten Wirksamkeitsnachweis zu sprechen.

## 1.8 Gesundheitsökonomische Analysen

Bei knappen finanziellen Ressourcen spielt die Überlegung, was eine Behandlung kostet und welchen Erfolg sie bringt, oftmals eine zentrale Rolle. Die Berücksichtigung von Kosten wird im Rahmen gesundheitsökonomischer Analysen vorgenommen. Dabei werden verschiedene Kostenformen unterschieden:

### Direkte medizinische Kosten

Direkte Kosten der medizinischen und therapeutischen Leistungen (z.B. Arztkosten, Medikamentenkosten, Kosten für diagnostische Untersuchungen, Kosten für den durchführenden Psychotherapeuten, Hilfsmittel, Krankengymnastik etc.).

### Indirekte Kosten

(Kosten für Produktivitätsausfall)

Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, ausbleibende Einnahmen bei Kranken- und Rentenversicherung durch Krankschreibung der Personen, vorzeitige Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Frühberentung).

## **Direkte nicht-medizinische Kosten**

Darunter werden üblicherweise Kosten gefasst, die für den Patienten selbst entstehen, jedoch keine direkten Behandlungskosten repräsentieren, also Fahrtkosten zur Behandlungsstelle, Kosten für Nahrungsumstellung (z.B. bei Krebspatienten oder Diabetikern), Zeit der pflegenden Angehörigen, Kosten für Schwimmbadbesuch oder andere Selbsthilfemaßnahmen.

Gerade bei den Patienten, für die Psychotherapie von Relevanz ist, sind die indirekten Kosten oftmals ein zentraler Faktor. Längere Arbeitsunfähigkeit führt dazu, dass die Krankenkassen die Lohnfortzahlung übernehmen müssen, gleichzeitig keine Einnahmen durch Krankenkassenbeiträge durch diese Person mehr haben, der Rentenversicherungsträger keine Beiträge durch die länger krankgeschriebene Person erhält etc.

Die Krankheitskosten sowie Behandlungskosten werden anschließend in Relation gesetzt zum Ergebnis der Behandlung. Dieses Ergebnis kann z.T. ebenfalls monetär ausgedrückt werden (Berechnung der Einsparungen durch Verringerung der Häufigkeit von Arztbesuchen, Nutzen für die Krankenversicherung durch Wegfall der Arbeitsunfähigkeitstage usw.). Wenn sowohl die Kosten als auch der Nutzen monetär definiert werden, spricht man von einer **Kosten-Nutzen-Analyse**. Demgegenüber wird bei der **Kosten-Nutzwert-Analyse** der Nutzwert in allgemeinen Lebensqualität-orientierten Maßen ausgedrückt wird, nicht in finanziellen. Oftmals werden **qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALYs)** berechnet. Damit können zum Beispiel zwei unterschiedlich teure Behandlungen verglichen werden, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Lebensqualität für die verbleibenden Lebensjahre sowie ggf. sogar auf die Lebenserwartung haben. Die **Kosten-Wirksamkeits-Analyse** definiert eine Einheit für die Wirksamkeit und

berechnet, mit welcher Behandlung welche Kosten zur Erreichung dieser Zielgröße verbunden sind. So können die durchschnittlichen Kosten zur Verlängerung um ein Lebensjahr bei Herzkranken berechnet werden, sowohl für Interventionen wie Herztransplantation als auch für Interventionen wie psychologische Präventionsprogramme zur Verhinderung eines Re-Infarktes. Als Letztes sei noch die **Kosten-Kosten-Analyse** erwähnt: Bei ihr wird die gleiche Wirkung verschiedener Behandlungsmaßnahmen angenommen, so dass nur die Kosten der beiden unterschiedlichen Behandlungen verglichen werden müssen.

Wenn auch gesundheitsökonomische Analysen für den Bereich Psychotherapie nur zögernd berücksichtigt und durchgeführt werden, lassen doch die bereits jetzt vorliegenden Ergebnisse eindeutig erkennen, dass in vielen Fällen Psychotherapie zu einer deutlichen Reduktion sowohl der direkten Behandlungskosten als auch der indirekten Kosten führt. Zielke (1993) hat dies für die stationäre psychosomatische Behandlung in Deutschland sehr ausführlich belegt, wobei allerdings in dieser Studie eine strukturierte Diagnosenerfassung nicht erfolgte und deshalb die diagnostische Zuordnung nicht eindeutig ist. Neumer und Margraf (1996) konnten für die ambulante Behandlung von Patienten mit Panikstörungen zeigen, dass diese zu drastischen Reduktionen in den nachfolgenden Kosten führt, die bei weitem die eigentlichen Behandlungskosten durch Psychotherapie übersteigen. Hiller und andere (2003) konnten für die stationäre Behandlung von Somatisierungspatienten ebenfalls belegen, dass die auf den ersten Blick teuer anmutende stationäre Behandlung sich innerhalb von 2 Jahren im Mittel mindestens amortisiert, in vielen Fällen sogar bereits Gewinne für die Kostenträger zu verzeichnen sind.

**Tab. 1.3:** Kriterien für wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie nach der American Psychological Association APA

- 
- I. Mindestens zwei fundierte Gruppenuntersuchungen, die von verschiedenen Forschern bzw. Forschergruppen durchgeführt wurden und die Wirksamkeit der Therapie durch mindestens einen der folgenden Nachweise belegen:
    - A. Therapieform ist anderer Therapieform oder Plazebo überlegen.
    - B. In Studien mit adäquater statistischer Power ( $N > 30$  pro Gruppe) wird Vergleichbarkeit mit einer gesicherten Therapie nachgewiesen.

oder:

- II. Eine große Anzahl von Einzelfallstudien, welche die Wirksamkeit der Therapie belegen. Die Studien müssen:
  - A. Einen experimentellen Versuchsplan haben.
  - B. Die Wirksamkeit mit einer anderen Therapieform vergleichen.

Weitere Kriterien für I und II:

- III. Die untersuchten Therapien müssen auf Behandlungsmanualen basieren.
  - IV. Charakteristika der jeweiligen Stichproben müssen klar beschrieben sein.
- 

## 1.9 Welche Psychotherapien sind wissenschaftlich fundiert?

Nachdem in den vorherigen Ausführungen die methodischen Hintergründe wissenschaftlicher Psychotherapieforschung aufgeführt wurden, soll nachfolgend nicht versäumt werden, den aktuellen Stand zusammenzufassen, welche Psychotherapie-Formen wissenschaftlich fundiert sind. Die American Psychological Association führt seit Mitte der neunziger Jahre regelmäßige Recherchen durch, die nach den in **Tab. 1.3** aufgeführten Kriterien bewertet werden. Diese Kriterien entsprangen einem Diskussionsprozess, an dem Psychotherapie-Forscher mit unterschiedlichem »Schulen-Hintergrund« beteiligt waren. Im Gegensatz zu den Cochrane-Kriterien ist weniger eine abgestufte Einschätzung der Evidenz angestrebt als vielmehr eine klare Entscheidung, ob die wissenschaftli-

che Fundierung gesichert, wahrscheinlich oder ungesichert ist.

Der aktuelle Stand der Bewertung einzelner Interventionen kann jeweils unter der Division 12/Task Force on Psychological Interventions ([www.apa.org](http://www.apa.org)) eingesehen werden. Nachfolgend wird eine Übersicht aufgeführt, die zum einen den Stand empirisch gestützter psychologischer Interventionen im Erwachsenenalter, zum anderen für Kinder und Jugendliche zusammenfasst.

### 1. Erwachsene

Wissenschaftlich ausreichend fundierte Therapieverfahren nach den Kriterien der APA (s.a. Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001):

**Ausreichend gesicherte Therapieformen, Erwachsene:**

- Becks Kognitive Therapie bei Depressionen
- Verhaltenstherapie bei Kopfschmerz und Reizdarm

## 2. Kinder

**Tab. 1.4:** Wissenschaftlich fundierte Therapieverfahren nach den Kriterien der APA: Kinder (s.a. Kazdin, 2003)

| Störung                                   | Intervention                                                                       |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Angst, Furcht, Phobien                    | Systematische Desensibilisierung, Modelllernen, Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) |
| Depression                                | KVT, »Coping with Depression«, Interpersonelle Psychotherapie                      |
| Verhaltensstörung                         | Eltern-Management-Training, Problemlösetraining, Multisystem-Therapie              |
| Aufmerksamkeitsstörung/<br>Hyperaktivität | Medikation, Eltern-Management-Training                                             |
| Enuresis, Enkopresis                      | Verhaltensmodifikationsprogramme                                                   |

- Verhaltenstherapie bei Orgasmus- und Erektionsstörungen
- Verhaltenstherapeutische Paartherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzen
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Generalisierter Angststörung
- Reizkonfrontation bei Phobien (Agoraphobie, Soziale Phobie, spezifische Phobie, PTSD)
- Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen
- Psychoedukative Familienbetreuung bei Schizophrenie
- Kognitiv-behavioral orientierte Gruppentherapie bei Sozialer Phobie
- Interpersonale Therapie bei Bulimie
- Interpersonale Therapie nach Klerman und Weissman bei Depression
- Systematische Desensibilisierung bei einfachen Phobien
- »Token Economy«-Programme

### Wahrscheinlich wirksame Behandlungsmethoden, Erwachsene:

- Applied Relaxation« bei Panikstörungen
- Psychodynamische Kurztherapien

- Verhaltensmodifikation bei Sexualstraftätern
- Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Emotionenzentrierte Paartherapie
- »Habit Reversal« und Kontrolltechniken
- Psychoedukative Depressionsbehandlung nach Lewinsohn

## 1.10 Blick ins Internet

[www.apa.org](http://www.apa.org) Unter Sektion 12 finden sich hier alle als wissenschaftlich fundiert angesehenen Psychotherapieformen.

<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/data/61/1/102/DC4/1> Hier findet sich die Checkliste zur Bewertung randomisierter klinischer Studien entsprechend der CONSORT-Kriterien.

<http://www.cochrane.de/> Seite des deutschen Cochrane-Instituts in Freiburg. Hier sind auch die Qualitätskriterien für Metaanalysen, CONSORT-Kriterien, weitere Kriterien für randomisierte klinische Studien etc. aufgeführt.

## 1.11 Weiterführende Literatur

Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.

Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253–276.

## 2 Von der ersten bis zur letzten Sitzung – ein Therapie-Prozessmodell

- |     |                                       |
|-----|---------------------------------------|
| 2.1 | Zusammenfassung                       |
| 2.2 | Das allgemeine Therapie-Prozessmodell |
| 2.3 | Weiterführende Literatur              |

### 2.1 Zusammenfassung

Trotz individuumsspezifischer Therapieplanung und Einsatz unterschiedlicher Therapiemethoden ähneln sich viele Therapieabläufe. Dieser typische Strukturplan einer Psychotherapie wird nachfolgend dargestellt und bietet auch den Rahmen für die Auswahl der in diesem Buch dargestellten Kapitel. Neben Beziehungsaufbau und Diagnostik hat die Formulierung eines Störungs- und Änderungsmodell gemeinsam mit dem Patienten hierbei besondere Bedeutung, nicht zuletzt für die Entwicklung entsprechender Motivation, worauf später noch eingegangen wird. Viele Interventionspläne enthalten sowohl störungsspezifische als auch individuumsspezifische oder allgemeine Therapiemodule, die sinnvoll in eine zeitliche Abfolge zu bringen sind. Stabilisierende Maßnahmen zum Behandlungsende und für die Zeit nach offiziellem Therapieende werden ebenfalls vorgestellt.

### 2.2 Das allgemeine Therapie-Prozessmodell

Wenn auch psychotherapeutische Verläufe individuumsspezifisch geplant werden, fin-

den sich doch Gemeinsamkeiten in einem erfolgreichen Psychotherapie-Ablauf. Psychotherapie sollte einem solchen festen Ablaufschema folgen; ein Beispiel hierfür wird nachfolgend näher beschrieben und ist im Kasten zusammengefasst.

#### Phasen im Therapie-Prozessmodell

- Erstsitzung, Beziehungsaufbau, Klärung formaler Rahmenbedingungen
- Diagnostik und Klassifikation
- Zielformulierung
- Verhaltens- und Bedingungsanalyse

- Aufbau von Therapie- und Veränderungsmotivation
- Stufenplan für Interventionen erstellen
- Symptomorientierte Therapie
- »Ursachen«- und auslöserorientierte Therapie
- Allgemeine Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung
- Ende der Behandlungsphase, Abschlussdiagnostik
- Booster-Sessions
- Katamnese-Untersuchung

Das Erstgespräch dient formal dem Ziel, einen Überblick über die Problematik des Patienten zu gewinnen und eine erste Überprüfung vorzunehmen, ob eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt Sinn hat. Dieses Interesse an formalen Aspekten darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass während der Erstsitzung zahlreiche weitere Entscheidungen vorbereitet oder gefällt werden, die für den Gesamtverlauf der Behandlung bestimmend sein können, obwohl sie weniger offensichtlich sind als die formalen Entscheidungen. In verschiedenen Therapiestudien wurde belegt, dass der Eindruck von Patienten beim Erstgespräch in hohem Maße mit dem Behandlungserfolg viele Wochen oder Monate später korreliert. Dabei ist es Patienten vor allem wichtig, den Eindruck zu haben, zum einen einer professionell und kompetent handelnden Person gegenüberzusitzen, zum anderen auch emotionale Wertschätzung zu erfahren. Vereinfacht formuliert ist deshalb ein Hauptziel des Erstgesprächs, dass die Patienten überhaupt zu einem zweiten Gespräch kommen (soweit es indiziert ist), dass also die entsprechende Motivation zur weiteren Zusammenarbeit aufgebaut wird. Haben Patienten den Eindruck, dass die Abläufe in der Behandlungseinrichtung unprofessionell sind, zum Teil improvisiert und willkürlich wirken, reduziert sich die Bereitschaft bei Patienten, konsequent und vereinbarungsgemäß eine Therapie fortzusetzen. Gleiches gilt für den Bereich emotionaler Wertschätzung. Oftmals zeigt sich im Therapeutenverhalten beim Erstge-

spräch der Fehler, dass Therapeuten primär Informationen bei Patienten abfragen und den Aspekt des emotionalen Beziehungsaufbaus vernachlässigen. Diese Gefahr ist besonders groß bei Patienten mit komplexen Problematiken, bei auf den ersten Blick weniger sympathischen Persönlichkeitszügen, bei klagenden Patienten u.a.

Für viele Patienten ist der Begriff Psychotherapie mit ausgesprochen diffusen Vorstellungen verbunden. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig die **Rahmenbedingungen** für Psychotherapie zu formulieren und mögliche Ängste oder Falschinformationen zu thematisieren. Gerade im ambulanten Bereich müssen formale Prozesse wie Stellen des Psychotherapieantrags, Information über die Funktion von probatorischen Sitzungen, Einverständniserklärung zum Einholen von medizinischen und psychotherapeutischen Vorbefunden, gegebenenfalls die Vereinbarung eines Therapievertrags und Ähnliches geklärt werden. Falls Gefahr für gesundheitsgefährdende Ereignisse oder Verhaltensweisen besteht, empfiehlt sich frühzeitig die Vereinbarung klarer Regeln (z.B. bei drohender Suizidalität, Umgang mit weiterer Gewichtsabnahme bei Anorexie-Patienten, Umgang mit Rückfällen bei Suchtpatienten).

Eine präzise **Klassifikation** der psychischen Störung, eine psychometrische Erfassung der Kernsymptomatik sowie möglicher assoziierter Symptome sollten heutzutage fester Bestandteil eines professionellen Vorgehens sein. Detaillierte Informationen zum Vorgehen finden sich hierzu im nächsten

Oberkapitel »Diagnostik«. Für die Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen wird es von zentraler Bedeutung sein, dass diagnostische und therapeutische Einschätzungen nicht Willkürentscheidungen des Psychotherapeuten unterliegen, sondern sich durch die Verwendung von wissenschaftlich geprüften Verfahren (zusätzlich zur Experteneinschätzung des Psychotherapeuten) auf ein professionelles Fundament stellen. Alle Qualitätssicherungsprogramme von Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern) schreiben die Verwendung von nachvollziehbaren diagnostischen Erhebungsmethoden vor.

Auch für den Bereich **Zielformulierung** sehen viele Qualitätssicherungsprogramme vor, dass diese nicht nur durchgeführt, sondern auch in der Patientenakte festgehalten werden. Unklare Therapieziele auf Patientenseite, divergierende Therapieziele zwischen Therapeut und Patient, überzogene Veränderungserwartungen genauso wie fehlende Veränderungserwartungen können die Grundlage für erfolglose Behandlungen bilden. Deshalb ist es notwendig, Ziele für die Behandlung bereits im Vorfeld klar zu formulieren. In Einzelfällen kann dies in kürzester Zeit erfolgen (Beispiel: Ein Patient mit Panikstörung wünscht sich primär und ausschließlich eine bessere Bewältigung der Panikattacken, unter denen er subjektiv sehr stark leidet), in anderen Fällen mag der Prozess der Zieldefinition aufwändiger sein (z.B. Patient mit chronischem Schmerzsyndrom oder seit Jahrzehnten bestehendem Somatisierungssyndrom). Falls die Therapieziele zu Behandlungsbeginn weniger klar sind, empfiehlt es sich, eine Differenzierung in verschiedene Zielbereiche sowie eine Hierarchisierung in langfristige Ziele (die üblicherweise von Patienten als erstes genannt werden, z.B. »ich möchte gesund und glücklich leben«) sowie eine Weiterdifferenzierung dieser langfristigen Ziele in mittel- und kurzfristig erreichbare Ziele.

Bei Therapeuten ist es beliebt, an dieser Stelle auch die sog. »Wunderfrage« zu stellen (»Wenn Sie durch ein Wunder drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?«). Jedoch auch andere Möglichkeiten zur Ableitung und Differenzierung von Therapiezielen sind möglich (z.B. Phantasiereisen, in denen die verschiedenen Lebensbereiche besucht werden unter der Vorstellung, dass die Hauptsymptomatik überwunden worden wäre, Vergleich mit früheren Lebenszielen etc.).

Die bis zu diesem Zeitpunkt gewonnenen Informationen müssen ergänzt werden, um eine Verhaltens- und Bedingungsanalyse erstellen zu können. Für viele Patienten ist dies bereits ein wesentlicher Interventionschritt, der zu einer beträchtlichen emotionalen Entlastung führt. Aus Patientensicht soll die Entstehung sowie die Aufrechterhaltung der Symptomatik nachvollziehbar werden und sich daraus ein schlüssiges Therapierational ergeben. Damit verschafft die Verhaltens- und Bedingungsanalyse ein wesentliches Fundament für eine erfolgreiche Behandlung.

Falls es bei Behandlungsverläufen Probleme gibt, wird oftmals von Therapeuten-seite aus der Verdacht geäußert, dass bei Patienten die Motivation unzureichend wäre. Zu einem besseren Verständnis solcher Problemkonstellationen ist es jedoch notwendig, zwischen den beiden Bereichen Behandlungsmotivation und Veränderungsmotivation zu unterscheiden (siehe entsprechendes Kapitel in diesem Buch). Diese beiden Motivationsmerkmale können bei Patienten völlig unabhängig sein, so dass ein Patient zwar zum Beispiel eine deutliche Veränderung wünscht, diese für ihn jedoch nicht durch Psychotherapie erreichbar scheint, während jemand anderes gerne zum Psychotherapeuten geht, in seinem Alltag jedoch keinerlei Veränderungen vornimmt. Zur Psychotherapiemotivation zählen deshalb Fragen wie Einstellungen zur Psychotherapie, Erleben der

Arbeitsbeziehung zum Therapeuten, jedoch auch das subjektive Modell zur Ursache der Probleme und zu möglichen erfolgreichen Behandlungsmethoden bei der eigenen Erkrankung. Veränderungsmotivation beinhaltet demgegenüber, wie stark Patienten motiviert sind, Behandlungsempfehlungen im Alltag umzusetzen. Eine resignative Haltung, Gratifikationsbedingungen für Krankheitsverhalten (z.B. laufendes Rentenverfahren) oder Angst vor einer Rollenveränderung bei sozialen Beziehungen können Faktoren sein, die die Veränderungsmotivation reduzieren.

**Unterscheide Therapiemotivation von Veränderungsmotivation. Diese Bereiche können im Einzelfall stark divergieren.**

Psychotherapiemotivation und Veränderungsmotivation sind wesentliche Variablen für Therapieerfolg, die systematisch aufgebaut werden müssen, soweit sie nicht automatisch bei Behandlungsbeginn vorliegen. An dieser Stelle soll deshalb auch betont werden, dass Motivationsaufbau Gegenstand der Therapie sein kann und damit nicht zwingende Voraussetzung für eine Behandlung ist. Wenn Therapeuten über Motivationsprobleme bei Patienten klagen, darf dies nicht eine Verantwortungszuschreibung für Misserfolg an die Adresse der Patienten bedeuten, sondern muss zur Entwicklung von Motivationsstrategien in der Therapie anregen.

In aller Regel wird in der Psychotherapie nicht nur ein Ziel verfolgt, sondern es werden mehrere Behandlungsziele angegangen (z.B. Symptommanagement, Aufbau sozialer Kompetenz, verbesserte Stresstoleranz und anderes). Dies bedeutet, dass der Therapeut eine Entscheidung über die Abfolge der Interventionen treffen muss, die insgesamt indiziert erscheinen. Aus motivationalen Gründen ist naheliegend, zum einen dort zu beginnen, wo der Leidensdruck am

größten ist, zum anderen mit der Intervention, die die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit hat. So kann es bei Personen mit Panikstörungen und Depression sinnvoll sein, zuerst die Panikstörung in Angriff zu nehmen, da die dafür entwickelten Behandlungsprogramme in der Regel schneller zu Erfolgen führen.

### Hilfsfragen für die Therapieplanung

(Im Vorfeld: Konstruktive Rahmenbedingungen schaffen, Überleben sichern, Gesundheitsschädigungen reduzieren; s. Beispiele zur Anorexie oder Suizidgefährdung)

- Wo ist der Leidensdruck am höchsten?
- Welche geplante Intervention wird schnell zu Erfolgen führen?
- Welche Intervention ist für eine andere Intervention Voraussetzung?

Bei der Mehrzahl der Patienten besteht der Hauptideindruck in der Hilflosigkeit im Umgang mit den Symptomen, so dass ein auf die Symptomatik direkt zugeschnittenes Behandlungsprogramm Priorität haben sollte. Aber auch wenn Patienten andere Probleme in den Vordergrund stellen (z.B. Ehekonflikte, schwierige Lebensereignisse), darf das nicht automatisch bedeuten, dass deshalb ein anderer Therapieplan gewählt wird. Wenn beim Patienten nicht eine gewisse Kompetenz im Management der Symptomatik vorliegt, besteht grundsätzlich die Gefahr, dass Veränderungen der Symptomatik (z.B. Panikattacken, depressive Einbrüche) eine Bearbeitung anderer Themen unterbrechen oder stark beeinflussen. Wird bei der Patientin mit Panikstörung und traumatischen Lebensereignissen z.B. zuerst auf die traumatischen Lebensereignisse eingegangen, ist es hoch wahrscheinlich, dass bei einer Bearbeitung derselben wiederum Panikattacken auftreten, die die Patientin nicht konstruktiv bewältigen kann, da ein Symptommanage-

ment noch nicht Gegenstand der Behandlung war. Dies bedeutet, dass bei der Entscheidung für einen Therapieplan auch die Frage gestellt werden muss, welche Intervention erst die Voraussetzung für eine andere Intervention schafft. Auch dies wird oftmals zu der Entscheidung führen, dass gegenwartsorientierte Maßnahmen zum Kompetenzaufbau und Symptommanagement sehr früh in der Therapie realisiert werden sollen, damit im Falle eines Wiederaufflammens der Symptomatik bei der Bearbeitung anderer schwieriger Themen nicht der Gesamttherapieplan in Frage gestellt werden muss.

Aber auch andere Beispiele machen deutlich, dass für bestimmte Interventionen grundsätzlich zu prüfen ist, ob Voraussetzungen hierfür vorliegen. Nimmt man das Beispiel einer traumatisierten Patientin mit Borderline-Störung, so wird man sich sinnvollerweise oftmals dagegen entscheiden, die Bearbeitung der Traumatisierung an den Anfang zu stellen. Nach Linehan (Linehan, 1993) stellt die Emotions-Regulationsstörung ein Kernproblem bei Borderline-Betroffenen dar. Viele Patienten mit Borderline-Störungen und/oder Traumatisierungen müssen deshalb zuerst die Kompetenz erwerben, solche Erfahrungen adäquat zu verbalisieren und konstruktiv verarbeiten zu können. Dazu gehören Grundkompetenzen in der Kommunikationsfähigkeit, im Ausdruck von Emotionen, im Aushalten emotionaler Spannung und einiges mehr. Wenn diese Kompetenzen nicht vorhanden sind, besteht wenig Chance, dass eine Trauma-Bearbeitung erfolgreich durchgeführt werden kann.

Verschiedene wissenschaftliche Studien belegen, dass ein Symptommanagement sinnvollerweise früh im Therapieplan stattfinden soll und im Zweifelsfall auch eher Vorzug vor anderen psychotherapeutischen Maßnahmen haben sollte. Bei Angststörungen konnte belegt werden, dass mit einem klar strukturierten kognitiv-verhaltensthera-

peutischen Vorgehen bessere Erfolge zu erzielen sind als durch Kombinationsbehandlungen, in denen mehrere therapeutische Interventionen parallel realisiert wurden (Margraf et al., 1993). Bei der Migränebehandlung wurde gezeigt, dass das Erlernen von Bewältigungsstrategien beim Auftreten erster Migräne-Anzeichen zu besseren längerfristigen Erfolgen führt als allgemeine Stressbewältigungsmaßnahmen (Lisspers & Oest, 1990). Zwar mag im Einzelfall von einem solchen Vorgehen abgewichen werden, jedoch bestätigen diese Ergebnisse, dass im Normalfall direkte Hilfen zum Umgang mit der Symptomatik in der Anfangsphase im Vordergrund der Therapie stehen sollten.

An verschiedenen Stellen wird immer wieder die Forderung laut, dass Psychotherapie bei den »Ursachen« ansetzen muss. Dabei ist der Begriff Ursachen bei psychischen und psychosomatischen Störungen sicherlich problematisch und es besteht wenig Einigkeit darüber, was mögliche Ursachen sind. Von wissenschaftlicher Seite aus ist ein eindimensionaler Ursachenbegriff komplett verfehlt, da bei diesen Krankheitsbildern grundsätzlich mehrere psychologische, soziale und biologische Faktoren zusammenwirken und man nicht von *einer* Ursache sprechen kann. Trotzdem können selbstverständlich in Einzelfällen bestimmte Auslösefaktoren ein solches Gewicht bekommen, dass man sich ihnen intensiv zuwenden sollte. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die problematischen Konstellationen die Störung vor nicht allzu langer Zeit ausgelöst haben und aktuell weiter bestehen. Sobald eine Erkrankung chronifiziert ist, kommen zusätzliche aufrechterhaltende Faktoren hinzu, die mit zunehmender Dauer der Chronifizierung immer mehr Gewicht bekommen können. Eine an Auslösesituationen orientierte Therapie macht deshalb vor allem Sinn, wenn die Auslösesituationen nicht zu lange zurückliegen, ggf. sogar noch bestehen und veränderbar sind.

**Merke:** Die Berücksichtigung von »Ursachen« bzw. Auslösesituationen ist vor allem dann relevant, wenn der Störungsbeginn erst kurz zurückliegt. Bei lang andauernden Störungen müssen vor allem die aufrechterhaltenden Bedingungen berücksichtigt werden.

Diese Überlegungen können an verschiedenen Beispielen verdeutlicht werden. In früheren Jahren war oftmals eine Hoffnung von Psychotherapeuten, dass sich bei Bearbeitung konfliktbelasteter Situationen aus Kindheit und Jugend die Symptomatik im Erwachsenenalter ohne weiteres Zutun auflösen würde. Diese Vermutung hat sich in der Mehrzahl der Fälle nicht bestätigt. Ein anderes, oftmals von Psychiatern präferiertes Modell war, dass die Ursache verschiedener Erkrankungen (z.B. von somatoformen Störungen) zugrundeliegende Depressionen seien; auch hier erbrachten antidepressive Therapien nur bescheidene Erfolge in Bezug auf die körperliche Symptomatik. Noch gravierender wird dies an Beispielen wie Anorexie oder Alkoholabhängigkeit deutlich: Wenn hier die Hauptsymptomatik außer Acht gelassen wird und an spekulativen Ursachen gearbeitet wird, muss man dies heutzutage als Kunstfehler bezeichnen, da mit den Krankheitsbildern selbst aufrechterhaltende Prozesse einhergehen, die zu berücksichtigen sind (Intoxikation, körperliche Folgen der Unter- und Fehlernährung etc.).

In vielen Fällen werden die bisher skizzierten Interventionsansätze nicht ausreichend sein, um eine langfristige Stabilisierung der Patienten zu erreichen. Deshalb sind je nach individuellem Fall oftmals weitere, zur allgemeinen psychischen Stabilisierung geeignete Maßnahmen indiziert. Interessanterweise haben viele, angeblich rein symptomspezifische Interventionen für die zweite Therapiehälfte Module vorgesehen

wie Soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining oder Problemlösetraining. Jedoch auch eine empathische Bearbeitung der Biographie und belastender Lebenskonstellationen kann eine Maßnahme zur allgemeinen psychischen Stabilisierung darstellen. Oftmals haben sich auch als Folge der Hauptsymptomatik Kommunikationsmuster verändert (es wird z.B. nur noch über die Schmerzsymptome gesprochen, während andere Inhalte in den Hintergrund gedrängt wurden), Lebensziele wurden aus den Augen verloren, eine berufliche Neuorientierung wird notwendig. Diese Herausforderungen können dazu beitragen, dass zusätzliche Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung notwendig werden. Diese Therapieinhalte leiten in dem vorliegenden Therapie-Prozessmodell auch langsam zum Ende der Therapie über. Dies bedeutet, dass die am Anfang unter Umständen hohe Therapieintensität gelockert wird, therapeutische Sitzungen in immer größeren Abständen stattfinden, Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstständigkeit der Patienten gezielt gefördert werden und auch die emotionale Ablösung vom Therapeuten eingeleitet, im Zweifelsfalle auch thematisiert wird. Am Ende der eigentlichen Behandlung ist im Sinne einer Qualitätssicherung sowie eines selbstkritischen Umgangs und Reflektion der Behandlungsmaßnahmen nicht nur eine subjektive Abschlussbewertung durch die Patienten einzuholen, sondern auch eine psychometrische Abschlussdiagnostik vorzunehmen.

Dies sollte im Normalfall jedoch nicht das Ende der therapeutischen Kontakte darstellen. Für viele Patienten ist es ausgesprochen hilfreich, im mehrmonatigen Abstand »Booster-Sessions« zu haben, die am Ende der eigentlichen Therapie bereits vereinbart werden. In schwierigen Lebenssituationen, bei drohenden Rückfällen oder anderen Krisen hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn Patienten die Sicherheit haben, dass sie einige Wochen später mit ih-

ren Therapeuten diese Probleme nochmals ansprechen können. Eine Katamnesebefragung (sechs bis zwölf Monate nach Behandlungsende), am besten unterstützt mit psychometrischer Erhebung, gibt zusätzlich wichtige Rückmeldung für die Therapeuten, wie stabil der erreichte Erfolg in der Behandlung war. Katamneseuntersuchungen sind deshalb vor allem für den Psychotherapeuten wichtig, um Schwächen des eigenen Behandlungsvorgehens zu erkennen und mögliche Veränderungen einleiten zu können.

**Der kompetente Therapeut führt eine systematische Abschluss- und Katamnesebefragung durch!**

## 2.3 Weiterführende Literatur

Perrez, M. & Baumann, U. (2005). Psychotherapie: Systematik und methodenübergreifende Faktoren. In Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.), *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie*, 3. Auflage (S.430–455). Bern: Huber-Verlag.



## **II Diagnostik**

