

skeptiker

Herausgeber: Gesellschaft zur
wissenschaftlichen Untersuchung
von Parawissenschaften e. V.
€ 6,- · ISSN 0936-9244 · D 10391

4/2014

Zeitschrift für Wissenschaft und kritisches Denken

Bleivergiftung durch Ayurveda

Schwermetall statt sanfter Kräuter



Wirkfaktoren in der (Richtlinien-)Psychologie

Wie viel Ritual und Placebo sind da drin?

Wie Wissenschaftler Schreiben lernen
Interview mit Stephanie Dreyfürst



skeptiker
magazin

Wirkfaktoren in der (Richtlinien-) Psychotherapie

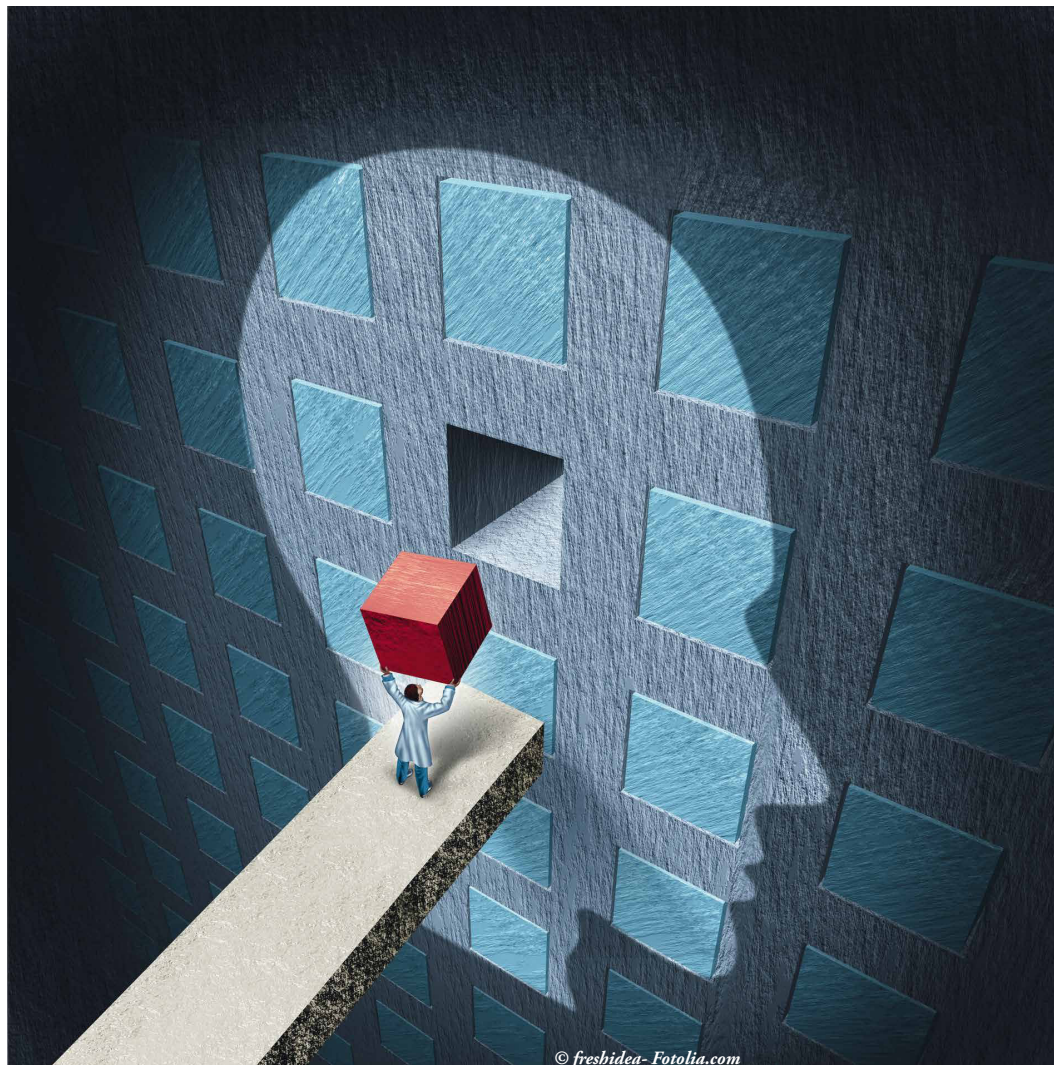
Wie viele unspezifische Faktoren, abergläubische Rituale oder Placebo-Wirkungen sind da drin? – Teil 1

Robert Mestel

Ein Artikel über seriöse Mainstream-Psychotherapie im Skeptiker – wozu? Beleuchtet werden soll, inwiefern Psychotherapeuten sich als Anwender von Wissenschaft sehen, analog zu Ärzten, die in Deutschland Ebola-Erkrankte mittels evidenzbasierter Medizin diagnostizieren und behandeln. Kaum jemand bei Verstand würde sich zur Eindämmung äußerst gefährlicher Epidemien die Zeiten romantisch-schamanistisch-künstlerischer Heiler zurückwünschen! Oder sind Psychotherapeuten eher handwerkliche „Künstler“, wie Töpfer einer wunderschönen Karaffe, an der man ewig weiterarbeiten könnte? Wie nicht wenige glauben, könnten Psychotherapeuten allerdings auch die legalisierten und staatlich subventionierten Nachfahren von Schamanen sein. Diese drei Komponenten spielen neben anderen unzweifelhaft eine Rolle in dieser äußerst vielschichtigen Tätigkeit.

Psychotherapie in der deutschen Versorgung und Historie – Hintergründe

Psychotherapie ist das wichtigste An-



© freshidea- Fotolia.com

wendungsfach der Psychologie und ein marginaleres in der Pädagogik und Medizin. Unter anderem dem Pragmatismus und der Experimentierfreudigkeit der psychotherapeutischen Praktiker ist geschuldet, dass sich in der

» In der Praxis ist die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Coaching bzw. Beratung bei sozialen oder allgemeinen Lebensproblemen schwierig. «

Psychotherapie, ähnlich wie bei ärztlichen Interventionen oder im Grunde jeder „Behandlung“ des Menschen durch den Menschen, naturgemäß schwerlich eine Grenze zwischen Wissenschaft und Parawissenschaft ziehen lässt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, kritisch den aktuellen Stand der komplexen Wirkfaktorenforschung in der Psychotherapie darzustellen. Dabei wird bei aller Skepsis betont, dass wir in Deutschland das wohl beste Versorgungssystem von ambulanter und (teil-)stationärer Psychotherapie weltweit besitzen, um das uns die meisten anderen Länder beneiden. Während in hiesigen Kliniken oder ambulanten Versorgung ein großer Anteil der Patienten mit leichten Anpassungsstörungen oder unterschweligen Depressionen („Burnout“) eine Vollerstattung ihrer Therapien erhält, werden z. B. in Indonesien schwerste psychiatrische Fälle bei massiv selbstverletzendem Verhalten angekettet ihren Angehörigen überlassen. Diese Versorgung durch Rückerstattung nahezu der gesamten Psychotherapiekosten lässt Systemkritiker vermuten, dass die hiesige „Burnout-Epidemie“ ein Artefakt dieser „belohnenden“ Versorgung sein könnte. Gleichwohl bestehen offenkundige Mängel: Beispielsweise erreicht das Versorgungssystem Personen mit geringerer Bildung, sozialer Benachteiligung oder geringen Deutsch-

kenntnissen wesentlich schlechter. Eine Minderheit von Patienten mit spezifischen psychischen Störungen erhält als Mittel der ersten Wahl die erfolgversprechendsten Verfahren, die in Leitlinien vorrangig empfohlen werden. Andererseits vergehen im Schnitt sieben Jahre zwischen dem ersten Auftreten einer psychischen Störung und der Therapie (z. B. Mestel et al. 2000), in dieser Zeitspanne hat

sich die Störung bereits verfestigt. Ferner bestehen mehrmonatige Wartezeiten auf ambulante Psychotherapieplätze.

Auch wenn die Kosten für ambulante Psychotherapien in Deutschland etwa 1,5 Mrd. Euro pro Jahr betragen, stationäre Maßnahmen 4,6 Mrd. Euro kosten und die Ausgaben für Psychopharmaka zusätzlich bei 2,6 Mrd. Euro liegen, verringern diese Maßnahmen insgesamt belegtermaßen die Krankheitsfolgekosten erheblich (Bundespsychotherapeutenkammer 2013).

Nach aktuellen Erhebungen erkranken etwa 38 Prozent der Bevölkerung im Laufe von 12 Monaten an einer psychischen Störung (Wittchen et al. 2011). Mit den zusätzlichen rund zehn Prozent abhängigen Rauchern (DHS Datenfakten 2014) und den nicht in den Erhebungen erfassten sonstigen psychischen Störungen¹ kann man davon ausgehen, dass etwa jeder zweite Bundesbürger bei entsprechender Konsultation im letzten Jahr mindestens eine psychische Störung diagnostiziert bekommen hätte. Am häufigsten treten insgesamt Angststörungen auf, gefolgt von Depressionen. Letztere liegen bei Frauen an Platz 3 (bei Männern Platz 7) sämtlicher Erkrankungen, welche die Lebensqualität deutlich mindern (Plass et al. 2014).

Knapp 40 % der Westdeutschen und nur 20 % der Ostdeutschen erhielten – Stand Ende der 1990er Jahre – irgendeine Behandlung irgendeiner ihrer psychischen Störungen (Wittchen & Jacobi, 2001). Die gezielte Behandlung psychischer Störungen erfolgt neben Gesprächen bei Hausärzten oder psychosozialen Helfern im weiteren Sinne hauptsächlich durch psychoaktive Medikation, am zweithäufigsten durch irgendeine Form der Psychotherapie, selten durch weitere Therapien (z. B. Elektrokrampftherapie, Tiefenhirnstimulation).

Doch was genau ist Psychotherapie? Strotzka (1978, S. 4) lieferte eine bis heute häufig zitierte *Definition: Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.*

Das Ziel der Psychotherapie gemäß der deutschen Psychotherapierichtlinien besteht in der *Diagnose und Heilung von psychischen Störungen*, wobei sich die Abgrenzung zum Coaching bzw. der Beratung bei sozialen oder allgemeinen Lebensproblemen in der Praxis sehr schwer gestaltet. Das Kriterium der Vergabe einer ICD-10-Diagnose (Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation) kann nach Belieben aufgeweicht werden. Zum Beispiel darf ein arbeitsplatzbedingter Erschöpfungszustand („Burnout“) erst behandelt werden, wenn er als „atypische“ Depression (z. B. F32.9 im ICD-10) oder als Körpererkrankung (z. B. G93.9) kodiert wird, d. h. es gibt keine klaren,

objektivierbaren Unterscheidungskriterien zwischen Befindlichkeits- und psychischen Störungen. Auf der anderen Seite nehmen mit Sicherheit viele Personen mit wirklichen psychischen Störungen eine Beratung in Anspruch und übernehmen die Kosten selbst. Kritisches zur Definition von „Normalität“ und „Störung“ sowie Behandlungsbedürftigkeit findet sich bei Frances (2013), Lütz (2009) oder Blech (2003, 2014).

Die Psychotherapie hat ihre Wurzeln in der Philosophie und Psychiatrie der letzten 200 Jahre, für manche auch im Schamanismus und den Heilerkulten vergangener Kulturen. Die etwa 400 bis 700 verschiedenen aktuellen Psychotherapieansätze² (z. B. Corsini 1994) werden grob in vier Hauptparadigmen gruppiert: Psychoanalyse (PSA), Verhaltenstherapien (VT), hu-

manistische Psychotherapien, systemische Psychotherapien. Aus Sigmund Freuds „Redekur“ Anfang des letzten Jahrhunderts entwickelten sich durch abtrünnige Psychoanalytiker diverse psychodynamische³ und sog. humanistische⁴ Psychotherapieansätze (Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama usw.). Parallel konkurrieren seit den 1920ern lerntheoretisch-behavioristische Ansätze in Europa und den USA um die psychotherapeutische „Vorherrschaft“. Klinische Anwendungen der Lerntheorien, aus denen die kognitiven Verhaltenstherapien hervorgingen, entstanden in den 1950er Jahren etwa zeitgleich in England (Eysenck), Südafrika (Wolpe) und den USA (Lazarus). Bei den systemischen Ansätzen ist umstritten, ob sie wirklich ein eigenes Paradigma darstellen oder letztlich nicht eher ein

Setting spezifischer Ansatz für Familien- und Paarbehandlungen sind. So findet man unter Systemikern Therapeuten mit eher psychoanalytischen, verhaltenstherapeutischen oder humanistischen Wurzeln. Gründlicher haben sich Dierbach (2009), Kanning mit dem Bereich Coaching (2007, 2013) und vor allem Goldner (2000) mit im weitesten Sinne „parapsychotherapeutisch-esoterischen“ Schulen, Techniken und Strömungen auseinandergesetzt. Wenig wird dort allerdings der fließende Übergang von „seriöser“ Richtlinienpsychotherapie zur „Parapsychotherapie“ ausgeleuchtet, vor allem, was die gemeinsamen Wirkkomponenten betrifft (siehe Bastian 2006, z. B. zur „Inneren-Kind-Arbeit“ vieler heutigen Therapeuten).

In Deutschland wurden, maßgeblich angetrieben durch die Nachuntersu-



Künstler oder Dienstleister? Unter Psychotherapeuten gibt es beides, je nach Selbstverständnis.

© nikitos77 - Fotolia.com

chungen ambulant psychoanalytisch behandelter Patienten von A. Dührssen, ab 1967 Psychoanalysen von den Kostenträgern bezahlt. Die Durchführung lag vorrangig in den Händen von Ärzten, manchmal von Psychologen.

» *Neue Psychotherapien sind kaum wirksamer, allerdings wesentlich schlechter empirisch in ihrer Evidenz gesichert als die älteren.* «

Etwa 20 Jahre später nahm der Gesetzgeber auch die kognitiv-behavioralen Ansätze aufgrund der breiten wissenschaftlichen Fundierung durch entsprechende Wirksamkeitsbefunde in die Versorgung auf. Nach einigen Jahrzehnten im sog. „Erstattungsverfahren“ wurden die Psychologischen Psychotherapeuten 1999 durch das Psychotherapeutengesetz in drei sozialrechtlich anerkannten Verfahren den Ärzten in der Ausübung der Psychotherapie weitgehend gleichgestellt: Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie. Daneben sind einige Verfahren vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) auf „Wissenschaftlichkeit“ geprüft und manchmal als „wissenschaftlich fundiert“ für bestimmte Indikationen begutachtet worden.⁵ Ein Beispiel ist die recht verbreitete Hypnotherapie, welche Hypnose als Technik einsetzt. Für sie wurde die wissenschaftliche Evidenz nur in einem sehr engen Indikationsspektrum bescheinigt, den psychischen und sozialen Begleiterscheinungen bei Körpererkrankungen sowie bei Raucherentwöhnung und dem Entzug von Opiaten, unterstützt durch den Ersatzstoff Methadon. Die Gesprächspsychotherapie zum Beispiel konnte keine ausreichenden Belege für die Mindestzahl von 5 der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie erbringen und

ist weit von einer pauschalen Anerkennung durch den WBP entfernt. Durch diese Regelung wurden Verfahren, welche jahrzehntelang stark an deutschen Universitäten gelehrt wurden, wie die Gesprächspsychotherapie,

aus der Versorgung und auch Erforschung zunehmend ausgeschlossen, also nahezu zur Bedeutungslosigkeit degradiert. Dieser Begutachtungsprozess wird massiv kri-

tisiert (z. B. Eckert 2013; Kriz 2014), weil die willkürlichen Kriterien für „Wissenschaftlichkeit“ nur von Vertretern der sozialrechtlich anerkannten Therapieverfahren aufgestellt werden, woraus ein sozialpolitischer Flaschenhals entstand – wer will schon seine Privilegien (v. a. die Psychotherapiefinanzierung durch öffentliche Gelder) verlieren, indem er anderen Verfahren den Zugang ins Versorgungssystem ermöglicht? Zweitens müssen neue Verfahren den Anforderungen an Evidenzbasierung genügen, so werden beispielsweise randomisiert kontrollierte Studien mit Langzeitkontrollgruppen verlangt. Diesen Anforderungen würden jedoch weder die sozialrechtlich zugelassene Langzeitpsychoanalyse noch tiefenpsychologische Varianten bei zahlreichen psychischen Störungen oder gerade bei konkreten Kinder-/Jugendstörungen genügen. Doch welche Ethikkommission in Deutschland würde es schon gutheißen, behandlungsbedürftige Personen sieben Jahre lang warten zu lassen? Die Situation stellt sich dar, wie als würden beispielsweise zwei Automobilfirmen über die Zulassung aller PKW in Deutschland entscheiden und die übrigen PKW wegen einer etwas schlechteren Entwicklungs- und Forschungsabteilung vom Markt verdrängen, obwohl eine der beiden Firmen im traditionsäl-

testen Unternehmenssektor zum Teil noch viel gravierendere diesbezügliche Mängel aufweist. Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, weshalb eindeutig evidenzbasierte und extensiv belegte Verfahren wie die Interpersonelle Therapie der Depression (IPT; Weissman et al. 2009), der Prozess-Erfahrungs-Ansatz von L.S. Greenberg et al. (2003) oder in zunehmendem Maße auch Online-Therapien in der Anwendung der Richtlinienpsychotherapie verboten sind. Nicht zugelassen sind auch sind – unter wissenschaftlicher Perspektive völlig ungerechtfertigt – Verfahrensmischungen. Ein Analytiker darf im Antrag bei der Behandlung einer Agoraphobie (Platz- und Weiteangst) keine Exposition (Konfrontation mit den befürchteten Situationen) im Behandlungsplan erwähnen, da diese zum Repertoire der Verhaltenstherapie gehört. Ebenso ist einem Verhaltenstherapeuten die aus der Gestalttherapie stammende dialogische Exposition mittels Zwei-Stuhl-Technik untersagt. Natürlich werden in der Praxis trotzdem alle erdenklichen Verfahren kombiniert, allerdings eben unter vorgehaltener Hand bzw. mit schlechtem Gewissen und erst nach Bewilligung der Therapie durch Gutachter und Kostenträger. In einer Umfrage unter 384 mehrheitlich ambulant arbeitenden Kassen-Psychotherapeuten gaben nur 20,6 % an, das zu tun, wofür sie eine Zulassung hatten, die übrigen nutzen, was hilft („eklektisch“ 23,8 %) oder arbeiten „integrativ“⁶. 1,6 % geben gar zu, vorwiegend in einem Verfahren zu arbeiten, für das sie gar nicht zugelassen sind (Schindler, von Schlippe 2006). Auch die berühmte Psychotherapeuten-Entwicklungsstudie von David Orlinsky zeigte schon in den 1990ern an 1225 Therapeuten klar, dass sie mit zunehmender Praxis immer seltener ausschließlich das Verfahren anwandten, welches sie gelernt hatten (Ambühl et al. 1995). Am wenigsten modifizierten „reine Psychoanalytiker“ ihre ursprüngliche Orientierung (35 % vs. 46–73 % der

übrigen Ansätze; vgl. auch Orlinsky, Ronnestad, 2005).

In der *ambulanten* Psychotherapie von Erwachsenen sind approbierte Ärzte oder Psychologen für die drei Verfahren zugelassen, bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich noch Pädagogen oder Sozial-Pädagogen. Für Psychoanalyse können 160 bis 300 Stunden erstattet werden, für tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder Verhaltenstherapie etwa 50 bis 100 Stunden. Faktisch sind gut die Hälfte der ambulanten Psychotherapien Kurzzeittherapien mit 25 Sitzungen, bei den übrigen handelt es sich um längere Therapien, wobei die vollen Kontingente zu etwa 70% ausgeschöpft werden (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Deutschland besitzt mit hunderten *Kliniken und Stationen* für psychotherapeutische Behandlung (Akut, Reha, Teilstationär) etwa so viele wie die restliche Welt zusammen. In den Klini-

ken werden im Sinne der Therapiefreiheit alle erdenklichen Arten von Psychotherapie angeboten. Nach außen stellen sich Kliniken jedoch als vorwiegend tiefenpsychologisch fundiert (TP), verhaltenstherapeutisch oder „integrativ“ (d.h. TP & VT) dar. Dagegen kommt es in der Praxis vor, dass z.B. ein Chefarzt psychoanalytisch orientiert ist und fast alle Assistenten verhaltenstherapeutisch – wie wird diese Station klassifiziert? Watzke et al. (2006/2008) belegten zwar, dass sich psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierte stationäre Psychotherapeuten deutlich in ihren Interventionen unterscheiden, allerdings wurden hier recht homogene Stationen untersucht. In den meisten Kliniken werden Verfahren aus den unterschiedlichen Therapieschulen munter durcheinander verwendet, wie Mestel und Oppl (2008) bei acht ausgewählten Einrichtungen zeigen

konnten. Stationäre Psychotherapeuten wenden in der absoluten Mehrzahl Verfahren und Techniken aus mehreren Paradigmen eklektisch bzw. integrativ an (vgl. Barghaan et al. 2009) oder kombinieren Verfahren aus mehreren Paradigmen⁷.

In *verschiedenen Ländern* ist die psychotherapeutische Versorgung, auch in der Zulassung der Therapieschulen, völlig unterschiedlich geregelt. In Österreich z.B. sind in einem sehr libertären System aktuell 23 Verfahren zugelassen (12 psychodynamische, 8 humanistische, 2 systemische *inklusive* NLP und *eine* Verhaltenstherapie), wobei je nach Bundesland unterschiedliche kleinere Sätze um die 20 Euro pro Stunde für die zertifizierten Psychotherapeuten zurückerstat-



Nicht alle psychischen Probleme bedürfen einer Therapie. Manchmal hilft auch bloßes Abwarten.

© mallivan - Fotolia.com



tet werden. In England setzte Prof. David Clark in Zusammenarbeit mit der Regierung durch, dass ambulant im Mittel 3,5 Stunden Psychotherapie zurückerstattet werden (maximal 16 Stunden). Allerdings sind dort seit Jahren flächendeckend fast ausschließlich evidenzbasierte Verfahren (zu ca. 95 % Verhaltenstherapiemethoden) zugelassen (Übersicht: www.iapt.nhs.uk). In den USA können sich sog. „Health Service Provider“ in sehr vielen heterogenen Psychotherapieorientierungen ausbilden lassen und bekommen nach Zulassung Kurzzeittherapien erstattet. Die Kostenträger (Versicherungen) setzen dort zunehmend Bonus- und Malus-Systeme für besonders gute und schlechte Therapeuten um.

Psychotherapeutische Orientierungen

Der Streit, welcher Psychotherapieansatz den Menschen bzw. psychische Störungen am besten versteht und am wirksamsten oder nachhaltigsten behandelt, besteht seit Gründung der Schulen dauerhaft und erinnert an quasi-religiöse Auseinandersetzungen. Deshalb nannte Klaus Grawe seine

provokante Meta-Analyse 1994 auch „Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession“. Seither sind die Gräben, vor allem aus finanzpolitischen Gründen, nicht gerade schmaler geworden, was man z. B. im heftigen Streit um das Thema „Die Psychoanalyse soll gerettet werden, mit allen Mitteln?“ in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* beobachten konnte (Rief, Hofmann, 2009 und Repliken). Diese Konkurrenz stimuliert einerseits die Entwicklung immer neuer Ansätze wie denen der sog. „Dritten Welle der Verhaltenstherapie“ (akzeptanz- / achtsamkeits- / emotionsfokussierte Ansätze) oder störungsspezifischer psychodynamischer Therapien (z. B. Panikfokussierte Psychodynamische Therapie nach Milrod). Andererseits scheint es nach aktuellen Meta-Analysen eher unwahrscheinlich, dass diese neuen Ansätze die Wirksamkeit überhaupt verbessern (z. B. Hunot et al. 2013). Die Neuentwicklungen sind, ähnlich wie bei Psychopharmaka, kaum wirksamer, allerdings wesentlich schlechter empirisch in ihrer Evidenz gesichert als die älteren. Immerhin sind die aktuellen „neuen“ Psychotherapieansätze – im Gegen-

satz zu den Psychopharmaka – nicht teurer.

Wie empirische Befunde zeigen, unterscheiden sich Vertreter der beiden zentralen Richtlinien-Paradigmen Psychoanalyse (PSA; hier zusammengekommen mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, der „aufgeweichteren“ Variante⁸) und Verhaltenstherapie in der Persönlichkeit, der Philosophie und den Lernstilen. Humanistische Psychotherapien, welche recht heterogene Ansätze unter einem Dach vereinen, wurden kaum in solchen Vergleichen untersucht. Zumindest ergab sich, dass humanistische Therapeuten mit Abstand am „spirituellsten“ sind (Hoffmann 2009), VT Vertreter am atheistischsten. Sie arbeiten im Überblick stärker im Hier und Jetzt, betonen die menschliche Fähigkeit zu Wachstum und „Selbstaktualisierung“ (vgl. Mestel, Oppl 2008). Dieses Thema wird deshalb vertieft, damit der Leser / die Leserin die Gründe für endlose Streitigkeiten um den Stellenwert des Wirkfaktors „Technik“ für das Therapieergebnis (Art der Intervention bzw. Therapieorientierung) besser versteht. Recht wenig Forschung widmet sich der Frage, wes-

Verhaltenstherapeutisch	Psychoanalytisch/psychodynamisch
Big Five: gewissenhafter, ordentlicher, effizienter, weniger offen für Erfahrungen	Offen für Erfahrung, weniger gewissenhaft, neurotizistischer, intuitiver
Geringerer Emotionsausdruck	Höherer Emotionsausdruck
Lernstil: Denken und Handeln	Lernstil: Fühlen und beobachten
Eher kritischer denkend (z.B. schlussfolgernd)	Weniger kritisch denkend
Bevorzugen konkrete und beobachtbare Phänomene	Bevorzugen Unstrukturiertes, Symbolisches
„Erhöhend“ (auf Verbesserung bedacht, optimistischer)	„Bewahrender“ (an Problemen festhaltender)
Erkenntnistheoretischer Stil: Empirismus, Rationalismus	Metaphorisch (Überzeugungen basierend auf symbolischen Prozessen)
Philosophie: Mechanistisch (objektivistische Weltsicht; Zerlegung in Bestandteile), pragmatisch, realistisch	Organismisch (subjektivistische Weltsicht)
PT als Wissenschaft; rationaler	PT als Kunst; pessimistischer, Mensch ist irrational; beherrscht von innerem Erleben
Konservativer	Liberaler
Bevorzugt: Quantitative Information	Qualitative Information

Tab. 1: (Empirisch gefundene) Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch/psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten in persönlichkeitsbezogenen und anderen Merkmalen

halb Psychologen oder Ärzte eine spezifische Psychotherapieausbildung beginnen bzw. abschließen. Dies würde aufwändige Längsschnittstudien erfordern. Zentraler Prädiktor ist eindeutig die Art der Ausbildung. Etwa 90 % der Mediziner absolvieren traditionell eine PSA – die Psychoanalyse ist traditionell stärker in der Medizin als in der Psychologie verankert⁹. Ein fast ebenso hoher und stetig zunehmender Prozentsatz der Psychologen wählt VT, wohl da fast alle Lehrstühle in klinischer Psychologie bis auf aktuell Kassel (Prof. Cord Bencke) inzwischen von VT-Vertretern besetzt sind¹⁰. In den Reihen der Psychotherapeuten findet man, wie unter den Patienten, sehr unterschiedliche Persönlichkeiten, innerhalb und zwischen den Therapieschul-Kategorien. Die fünf Grunddimensionen unserer Persönlichkeit („Big Five“: Extraversion vs. Introversion; Emotionale Labilität vs. Stabilität; Offenheit für Erfahrungen; Gewissenhaftigkeit; Verträglichkeit; Asendorpf, Neyer, 2012) sind normalverteilt, also die meisten haben in den jeweiligen Faktoren mittlere Ausprägungen, nur wenige sehr starke oder sehr geringe. Polarisierend könnte man sagen, *überzeugte* VTler sehen Psychotherapie eher als Wissenschaft und nüchternes Handwerk, *überzeugte* Psychodynamiker als (Heil)-Kunst. Erstere erleben sich als Dienstleister, der einen Kundenauftrag abuarbeiten hat, Psychodynamiker eher als (nie genügende) Vollen der eines Werkauftrags. VTler sind vorrangig durch empirische Wirksamkeitsevidenz motiviert und durch das Ziel, möglichst *schnell* möglichst *vielen* Leidenden zu helfen (siehe Psychotherapieausbildungs-Gutachten von Strauss et al. 2009), während Psychodynamiker maßgeblich durch eigene Selbsterfahrung angetrieben werden, nach dem Motto: „Was mir geholfen hat, muss auch anderen helfen“. Poznanski & Mc Lennan (2003) fanden, dass VT-Ausbildungskandidaten jünger waren als die der PD-Thera-

peuten und aus „geordneteren“ Verhältnissen stammten, d.h. weniger zu bearbeitende Probleme aufwiesen¹¹. Empirische Querschnittsunterschiede zwischen VT und PSA sind im Überblick aus Tab. 1 zu entnehmen (Arthur 2000; Buckman, Barker 2010; Demir et al. 2012; Heffler, Sandell 2009; Klug et al. 2008; Ogunfowora, Drapeau, 2008; Poznanski, Mc Lennan 2003; Sharp et al. 2008; Topolinski, Hertel 2007).

Psychotherapie wirkt! Besser als Spontanremission und Placebo!

1952 behauptete der damals führende Verhaltenstherapeut Eysenck 1952, dass Langzeit-Psychoanalyse und elektische Psychotherapie (s. o.) genauso gut wirken würden wie Spontanremission. 1983 provozierte Prioleau mit der Behauptung, Psychotherapie beruhe maßgeblich auf Placeboeffekten. Beides entfachte immense Forschungsaktivitäten auf der Suche nach dem Beweis, dass Psychotherapie über diese beiden grundsätzlichen Komponenten hinaus wirkt. Der Argwohn, den eine reine „Rede-Intervention“ in den medizinischen Fächern mit zunehmend teuren High-Tech-Apparaturen weckte, tat ein Übriges. Eine robuste mittelgradig konservative Schätzung über die zahlreichen Meta-Analysen zur Wirksamkeit der Psychotherapie belegt eine mittlere Effektstärke von $d = .82$ ¹² über alle Störungen und Orientierungen hinweg (Lambert, Ogles 2004, S. 141; Medianschätzung über 9 Meta-Analysen; auch Wampold, 2001, S. 134). Dies bedeutet, dass mit einer beliebigen Psychotherapie 70 % der Patienten eine Besserung erfahren, ohne Psychotherapie 30 %, für 40 % macht die Intervention also einen erheblichen Unterschied (Lambert, 2013, S. 170). Neuere Schätzungen korrigieren in der Regel die

Effektstärken herunter auf $d = .4$ bis $.6$ (Lambert, 2013), was bei $d = .4$ bedeutet, dass es 60 % mit Intervention besser geht, verglichen mit 40 % ohne Intervention. Bei spezifischen Störungen, wie Angststörungen oder Posttraumatischer Belastungsreaktion, werden mittels der besten Expositionsverfahren (Konfrontationstherapie) viel höhere Effektstärken erzielt (z.B. Watts et al. 2013). Bei anderen, wie der Reduktion der Gefährlichkeit bei dissozialen Mehrfachstraftätern oder der Verhinderung depressiver Rückfälle (nicht zu verwechseln mit einer kurzfristigen Reduktion depressiver Symptome!), deutlich geringere. Zur Interpretation dieser Effektstärken ist

» *Egal welche Therapien man aufsucht, es bessert sich meist nach einigen Monaten.* «

wissenswert, dass die Effektstärken z.B. von Aspirin oder Beta-Blockern auf Herzinfarkt-Prävention $d = .07$ betragen, für Chemotherapie bei Brustkrebs etwa $.08 - .11$ (Lipsey, Wilson 1993). Nur wenige medizinische Interventionen erreichen große Effektstärken von $d = .8$, wobei fairerweise betont werden muss, dass das entscheidende Ergebniskriterium hier häufig die Morbidität oder Überlebensdauer darstellt – ein bedeutend härteres als für Psychotherapien. Bei einigen Patienten entscheiden schon minimale Effekte über das Überleben, was die Intervention ethisch und ökonomisch rechtfertigt.

Die Effekte der Spontanremission, also des Abwartens bei gegebener Erkrankung, liegen geschätzt um $d = .1$ (Grawe et al. 1994; Hartmann, Herzog 1995; Leichsenring, Rabung 2006; d.h. 5 von 100 psychisch belasteten Menschen profitieren davon. Placebo-Psychotherapie, besser als „unspezifische“ Therapie mit „gemeinsamen“ Faktoren bezeichnet, »

wird von verschiedenen Autoren etwa auf $d = .3$ geschätzt (Grawe et al. 1994; Lipsey, Wilson 1993; Lambert, Bergin 1994; Prioleau et al. 1983), also 57 % geht es mit dieser Therapie besser, verglichen mit einer unbehandelten Wartegruppe von 43 % – für 14 von 100 Betroffene macht die unspezifische „Placebo“-Psychotherapie einen Unterschied. Direkte Vergleiche von Psychotherapie mit Abwarten und Placebo in der viel zitierten Meta-Meta-Analyse von Grissom (1996) ergaben eine Effektstärke von $d = .75$ (Psychotherapie gegen Warten), $d = .58$ (PT gegen Placebo-Therapie), $d = .44$ (Placebo-Therapie gegen Warten) und nur $d = .23$ (Psychotherapien gegeneinander). Zusammengefasst wirkt die untersuchte¹³ Psychotherapie über alle Methoden und Störungen hinweg recht gut, etwas besser als unspezifische Placebo-Psychotherapie, und erheblich besser als Abwarten.

Spontanremission

Die meisten körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen verschwinden nach geraumer Zeit von alleine. Ob man auf eine Intervention oder Spontanheilung setzt bzw. setzen sollte, hängt von zahlreichen Faktoren ab, etwa der subjektiven Belastung, der Schmerzempfindlichkeit, den Ressourcen (Coping-Strategien), den natürlichen Verlaufsbedingungen einer Erkrankung oder der Berufsgruppe. So unterziehen sich z.B. Ärzte und Juristen im Schnitt ein Drittel seltener als unausgelesene Patienten irgendwelchen medizinischen Prozeduren (Blech 2005) – ein geheimes Wissen um den natürlichen Verlauf oder unnütze Methoden mit vielen Nebenwirkungsrisiken? Wie Blech (2005) zeigt, liegt die Spontanremissionsrate für Rückenschmerzen bei 50 % nach einer Woche, 90 % nach einem Monat und 99 % nach einem Jahr. Für Hörstürze liegt der Wert bei 90 %, für chronischen Tinnitus bei 33 % nach 5 bis 10 Jahren Vollremission und 33 % Teilremission, für akuten Tin-

nitus bei 50 bis 80 % innerhalb einiger Wochen. Für chronische Neurodermitis bei Kindern liegt sie bei 80 % (Much 2013).

Psychische Störungen lassen spontan etwa mit einer Effektstärke von $d = .1$ nach (s.o.). In einer bedeutenden Datenanalyse mit 2400 US-amerikanischen ambulanten Psychotherapiepatienten (McNeilly & Howard, 1991) wurden Eysencks Original-Spontanremissionsdaten hereingerechnet. Nach einem Jahr waren bei „Breitbandproblemen“ etwa 50 % der Hilfe suchenden Personen klinisch relevant gebessert, nach zwei Jahren etwa 70 %, verglichen mit 75 % mit Besserung nach einem halben Jahr ambulanter Psychotherapie (80 % nach einem Jahr und 90 % nach zwei Jahren). Unterhaltsamerweise waren 14 % davon, also jeder siebte Therapieanfragende, bereits *vor* der ersten ambulanten Sitzung, dem ersten Face-to-Face Kontakt „geheilt“. Dieser Effekt ist wohl weniger auf Spontanheilung als auf Erwartung einer Besserung zurückzuführen (Placebo-Effekt, s.u.). Die Spontanremissionsquoten bei psychischen Störungen liegen z.B. bei Depressionen bei 50 % nach sechs Monaten, 66 % nach einem Jahr und 80 % nach zwei Jahren (Boland & Keller, 2002). Bei Panikstörung verlieren sich die Ängste bei 14 %, bei Agoraphobie bei 19 % nach einem Jahr (Wittchen et al. 2001). Die geringsten Spontanremissionsraten unter den psychischen Störungen finden sich bei Zwangsstörungen.

Bei *leichten bis mittelschweren* Depressionen¹⁴ wirken dutzende Verfahren gleich gut (Rückgang depressiver Symptome) bzw. ziemlich mäßig (Verhinderung von Rückfällen) – in der ungefähren Reihenfolge der Anzahl an Wirksamkeits-Studien: Placebo-Pillen, Antidepressiva (zu 51 % Placebos und zu 24 % Spontanremissions-„Transporteure“; Kirsch et al. 1998, 2002, 2008), Verhaltenstherapie (1. Welle: Aktivitätsaufbau, Verstärkung, Tagesstruktur), kogniti-

ve Therapie (2. Welle der VT: Antidepressiv denken!), Johanniskraut, Interpersonelle Therapie, Psychodynamische Fokalthherapie, Gesprächstherapie, Prozess-Erfahrungs-Ansatz, Sport- und Bewegungstherapie, Online-Therapien ohne Live-Kontakt zu einem Therapeuten, VT der 3. Welle (Akzeptanz der Depression; Gedanken achtsam beobachten bzw. loslassen üben), Langzeitpsychoanalyse – „Cola trinken“¹⁵. Dieser irritierende Befund lässt vermuten, dass Depression wie Grippe eine Erkrankung mit einem massiven und wenig beeinflussbaren natürlichen Verlauf ist. Egal welche Therapien man aufsucht, es bessert sich meist nach einigen Monaten. Zweitens kann keine bisherige Therapie den Rückfall in depressive Episoden, einen weiteren Bestandteil des natürlichen Verlaufs, effektiver verhindern als andere.¹⁶

Regression zur Mitte

Normabweichende Messwerte werden bei Wiederholungsmessung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Ausgangswert zurückgehen (regredieren). Bei 40 Grad Fieber besteht eine äußerst geringe Wahrscheinlichkeit, dass die Temperatur nach ein paar Tagen stagniert oder gar ansteigt (noch unwahrscheinlicher), vielmehr wird es höchstwahrscheinlich sinken, und zwar unabhängig von jeder Behandlung. Menschen begeben sich in der Regel auf dem Höhepunkt des „Fiebers“ in Behandlung, also in unerträglichen oder schmerzhaften Belastungsphasen, und selten, wenn ihre Messwerte im Normbereich liegen. Arbeitnehmer werden krankgeschrieben, wenn „gar nichts mehr geht“, psychisch Gestörte melden sich am Höhepunkt ihres Leidens in einer Klinik oder beim Therapeuten an. Jede Art von Behandlung konkurriert deshalb mit diesem natürlichen, statistisch erwartbaren Krankheitsverlauf. So ist es z.B. viel wahrscheinlicher, dass ein Patient in Psychotherapie bei einer Depressionsausgangsschwere von

40 Punkten (auf dem Beck Depressions Inventar mit Range von 0–63) nach acht Wochen Behandlung nur noch 30 Punkte aufweist, als erneut 40 Punkte. Aus diesem Grund sind zum Nachweis der internen Validität einer Therapie (vereinfacht: Kausalität) unbehandelte Kontrollgruppen unerlässlich (Nachtigall, Suhl, 2002; Steyer et al. 1997).

Placebo-Effekte (Erwartung, Konditionierung)

Der Placebo-Effekt setzt sich maßgeblich aus klassischer Konditionierung (gemäß Pawlow) und psychologischer Erwartung zusammen (Benedetti 2014; Mestel, 2014¹⁷). Früh wurde er auch als Alternativerklärung für Psychotherapie-Effekte vermutet (Prioleau 1983). Asay und Lambert (2004) schätzen in einer berühmten Wirkfaktoren-Kuchengrafik den Placeboanteil

für Resultate der Psychotherapie auf 15 %. Bewegt sich der Placeboresponse auf Zuckerpillen vs. Pillen mit den zu testenden Vera bei organisch-neurologischen Erkrankungen über zahlreiche Krankheitsbilder hinweg etwa bei 30 bis 40 %, ist er bei subjektiven Schmerzen und bei vielen psychischen Störungen besonders hoch (Khan et al. 2005). Gauler, Weihrauch (1997) beziffern ihn über viele Studien auf 20 bis 63 % bei Angstzuständen, 49 bis 81 % bei leichten bis mittleren Schlafstörungen, 21 bis 40 % bei Depressionen, 0 bis 61 % bei Neurosen und sogar 0 bis 75 % bei Schizophrenien. In einer legendären und replizierten Studie (Feldmann 1956) lag die Besserungsquote durch ein Neuroleptikum bei Psychosen bei 77 %, wenn es von überzeugten Psychiatern vergeben wurde. Wurde dasselbe Medikament von „ungläubig-pharmakakri-

tischen“ Psychoanalytikern vergeben, betrugen die Besserungsquoten 10 %. Neben dem reinen Placebo-Effekt war also auch das Ausmaß der Überzeugung beim Therapeuten maßgeblich für das Ergebnis.

Da in der Psychotherapie eine randomisierte Doppelblindstudie unmöglich durchführbar ist, weil zwar (mit Not) der „naive“, unbelesene Patient verblindet werden könnte, niemals jedoch der Psychotherapeut selbst¹⁸, wurden „Placebo-Psychotherapien“ als „unspezifische Zuwendungs- und Aufmerksamkeitsangebote“ verwirklicht (zusammenfassend Kendall et al. 2004, S. 20). Zum Beispiel war die inzwischen als evidenzbasierter Ansatz

Placebo: Es fühlt sich an wie Psychotherapie, es hilft sogar – selbst, wenn es gar keine „echte“ Therapie ist.

© WavebreakmediaMicro - Fotolia.com



zur Behandlung von Depressionen entwickelte Interpersonelle Therapie (IPT) ursprünglich als Placebo-Kontrollpsychotherapie entwickelt worden, bewährte sich allerdings deutlich besser als erwartet. In solchen „Pseudo-Psychotherapien“ erhält der Patient Aufmerksamkeit durch Hoffnungsvermittlung („Wird schon werden“; „Nur Geduld“; in Wartegruppen: „Bald bekommen Sie ja die richtige Psychotherapie“) oder unspezifischen Nachfragen („Und wie geht es?“). In anderen Fällen wird das Behandlungsrationale der „echten“ Psychotherapie erklärt, deren Zweck und dessen Abläufe und Interventionen. Andere Studien ließen die Patienten in Gruppentherapie untereinander über beliebige Themen sprechen, verboten war nur das Gespräch über die Problematik. Zudem wurden bisweilen Tonbandaufnahmen von Gruppenselbsthilfesitzungen angefertigt und zugesagt, dass der Therapeut diese später anhören werde – dadurch erhoffte man den Einfluss der Face-to-Face-Interaktion zwischen Therapeut und Patient vom Erwartungseffekt zu trennen, ein mühsames Unterfangen. Wenn man sich diverse Wirksamkeits-Befunde ansieht, irritiert es, dass solch eine „Placebo-Psychotherapie“ schon Effekte um $d = .3$ bis $.4$ bewirkt: Die zugegeben konservative ältere Meta-Analyse über deutschsprachige Psychotherapien (Wittmann, Matt 1986) erbrachte im Mittel über alle Ansätze und

Messmethoden nur $d = .4$. Die Meta-Analyse der stationären deutschen psychosomatischen Rehabilitation mit den Ergebnissen von dutzenden Kliniken und tausenden Patienten erbrachte im Vergleich von Beginn und Dokumentation des Behandlungserfolgs (Katamnese) nach einem Jahr auch nur $d = .41$ (Steffanowski et al. 2007, S. 132). Betrachtet man ausgewählte Indikationen, so werden in den besten Straftäter-Rückfallprophylaxe-Therapien nur Effekte von $d = .32$ erreicht (unstrukturierte Gesprächs- oder tiefenpsychologische Therapien erreichen hier Spontanremissionseffekte unter $d = .1$; Andrews, Dowden, 2006). Die Effektstärken der „modischen“ Traumatherapie nach L. Reddemann (vorwiegend „Stabilisierung“) an ihrer eigenen Klinik lagen für die Trauma-Symptomreduktion und Depressionsreduktion bei Katamnese zwischen $d = .1$ und $d = .31$ (Lampe et al. 2008). Der Autor evaluierte in den 1990ern einwöchige kathartische Gruppenschreibtherapien („Bonding-psychotherapie“, z. T. mit den umstrittenen Familienaufstellungen nach Hellinger), welche nach drei Monaten auf den interpersonellen Skalen (Beziehungsprobleme) Effekte von $d = .2$ bis negative Effekte im Bereich „andere dominieren“ und „Streitsüchtigkeit“ belegten (Mestel, 1996¹⁹). Ein aktuelleres Beispiel läge darin, dass in der weltweit größten Anorexie-(Magersucht)-Studie (ANTOP; Zipfel et al. 2013 in Lancet) das unspezifische optimierte hausärztliche Management auf den meisten Ergebniskriterien genauso effektiv war wie der Goldstandard (VT nach Fairburn) und eine aufwändig neu entwickelte, engmaschig supervidierte psychodynamische Psychotherapie.

Wampold et al. (2005) und Baskin et al. (2003) kommen ebenfalls zum Schluss, dass Placebo-Psychotherapie bei geeignetem Design bei gemischten Störungen genauso effektiv sein kann wie die akzeptierten Psychotherapien.

Weitere Erwartungseffekte, die sicher auch im Bereich Psychotherapie wirken: *Preis* – Teure Weine schmecken besser als billige, selbst für Profi-Weinkoster (Goldstein et al. 2008; Plassmann et al. 2008), und chemisch identische „Nachbauten“ von Marken-Pharmaka (Generika), werden unwirksamer eingeschätzt, wenn man sie als „billiger“ vermittelt. Übertragen auf die Psychotherapie könnte man vermuten, dass Selbstzahler-Modelle wie in Österreich zu besseren Behandlungserfolgen führen, wenn der Patient hier nur 20 Euro statt wie in Deutschland ca. 80 Euro erstattet bekommt. Der Preis beziehungsweise Aufwand beeinflusst mit Sicherheit auch die Überzeugung des Therapeuten von seiner Methode: Wer für Psychotherapieausbildung, Selbsterfahrung, Reisekosten usw. viel entbehren musste, dem wird die erworbene Ausbildung mehr wert sein als jemandem, der einen geringeren Aufwand in Kauf genommen hat. Diese Vorgänge werden meist im Rahmen der umfangreiche Forschung zur „kognitiven Dissonanz“ erklärt (Festinger 1957/2012). Daneben spielt die *Etikettierung* nachweislich eine Rolle. So schmecken als „Bio“ ausgepreiste Lebensmittel nur dann besser, wenn man denkt, sie wären „Bio“ (Sörqvist et al. 2013; Doppelblindstudien der Stiftung Waren-test, Juni 2010; *STERN*, 2012, 19, S. 119). Psychotherapien, welche sich – egal, ob berechtigt – „evidenzbasiert, neu, einzigartig, effektiv, ganzheitlich, natürlich, nebenwirkungsfrei“ usw. nennen, dürften diesen Effekt gehörig ausschöpfen.

Zusammenfassend müssen sich Psychotherapeuten einigermaßen ins Zeug legen, um Placebo-Effektstärken bei geeignetem Design signifikant zu übertreffen. Den Nestor der Psychotherapieforschung Jerome Frank hätte das wenig verwundert – nannte er doch als vierten Punkt seiner Wirkfaktoren der Psychotherapie die „Vermittlung von Hoffnung mit dem Ziel der Remoralisierung“ (Frank 1970).



In Teil 2 dieses Beitrags werden folgende Wirkfaktoren unter die Lupe genommen: Soziale Unterstützung, Beziehung, Patientenmerkmale, Person des Therapeuten (gibt es gute und schlechte?), spezifische (abergläubische) Techniken, Dauer der Behandlung, Selbsterfahrung des Therapeuten. Zuletzt wird diskutiert, wie unabhängig von Therapieschullobys oder Funktionären eine optimale Psychotherapie auf der Grundlage der Forschung zu Wirkfaktoren aussehen könnte bzw. sollte. ◀

Literatur

- Ambühl, H., Orlinsky, D.; Cierpka, M.; Buchheim, P.; Meyerberg, J.; Willutzki, U. (1995): Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von Psychotherapeutinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45:109–12
- Andrews, D. A.; Dowden, C. (2006): Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment. A Meta-Analytic Investigation *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 50(1):88–100.
- Asay, T. P.; Lambert, M. J. (2004): The empirical case for the common factors in Therapy. In Hubble, M. A.; Duncan, B. L.; Miller, S. D.: *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Asendorpf, J. B.; Neyer, F. J. (2012): *Psychologie der Persönlichkeit*. 5. Auflage, London, Springer.
- Barghaan, D.; Schulz, H.; Koch, U.; Watzke, B. (2009): Versorgungsstrukturen im stationären Setting in Deutschland: Verteilung von Einzel- und Gruppentherapie und deren psychotherapeutischen Ausrichtungen Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 83–103.
- Baskin, T. W.; Tierney, S. C.; Minami, T.; Wampold, B. E. (2003): Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *J Consult Clin Psychol*, 71(6):973–9.
- Bastian, T. (2006): Fauler Zauber. Therapie als Wellnessritual. *Psychologie Heute*, Sept., 60–63.
- Benedetti, F. (2014): *Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease*. Oxford, Oxford University Press.
- Blech, J. (2003): Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Fischer, Frankfurt.
- Blech, J. (2005). *Heillose Medizin. Fragwürdige Therapien und wie Sie sich davor schützen können*. Frankfurt: Fischer.
- Blech, J. (2014): Die Psychofalle. Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht. Fischer, Frankfurt.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013): 10 Tatsachen zur Psychotherapie. Download: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychische-k.html, Zugriff am 02.10.2014.
- Cohen, J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (rev. ed.). Academic Press, New York.
- Corsini, R. J. (1994): *Handbuch der Psychotherapie* (4. Aufl.), Beltz, Weinheim.
- Dierbach, H. (2009): *Die Seelenpfuscher. Pseudotherapie, die krank machen*. Rowohlt, Hamburg.
- Eckert, J. (2013): Machtmissbrauch in den Psychotherapiewissenschaften. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 17 (4), 278–287.
- Festinger, L. (2012): *Theorie der Kognitiven Dissonanz. Unveränderter Nachdruck der Ausgabe von 1978*, Huber Verlag, Bern.
- Frances, A. (2013): Normal. DuMont, Köln.
- Frank, J. D. (1970): *Persuasion and healing*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gauler, T. C.; Weihrach, R. (1997): *Placebo*. Urban & Fischer, München.
- Goldner, C. (2000): *Die Psycho-Szene*. Alibri, Aschaffenburg.
- Grawe, K., Donati, R.; Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S.; Rice, L. N.; Elliott, R. (2003): Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebnisorientierten Therapie. Junfermann, Paderborn.
- Hunot, V., Moore, T. H.; Caldwell, D. M.; Furukawa, T. A.; Davies, P.; Jones, H.; Honyashiki, M.; Chen, P.; Lewis, G.; Churchill, R. (2013): "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 18;10:CD008704. doi: 10.1002/14651858.CD008704.pub2.
- Hunot V, Moore TH, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H, Honyashiki M, Chen P, Lewis G, Churchill R (2013). "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 18;10:CD008704. doi: 10.1002/14651858.CD008704.pub2.
- Kanning, U. (2013). Wenn Manager auf Bäume klettern ...: Mythen der Personalentwicklung und Weiterbildung. Lengerich: Papst.
- Kanning, U. P. (2007). Wie Sie garantiert nicht erfolgreich werden! Dem Phänomen der Erfolgsgurus auf der Spur. Lengerich: Papst.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045
- Kirsch, I.; Deacon, B. J.; Huedo-Medina, T. B.; Scoboria, A.; Moore, T. J.; Johnson, B. T (2008): Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050045.
- Klug G.; Henrich G.; Kächele, H.; Sandell, R.; Huber, D. (2008): Die Therapeutenvariable: Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53: 83–91.
- Kriz, J. (2014): Vermessene „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie in Deutschland. In Hartmann-Kottek, L. (Hrsg.): *Gestalttherapie-Faszination und Wirksamkeit. Eine Bestandsaufnahme*. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 353–357.
- Lambert, M. J. (2013): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert, M. J. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior* (6th ed), John Wiley & Sons, New York, 169–218.
- Lampe, A.; Mitmansgruber, H.; Gast, U.; Schüssler, G.; Reddemann, L. (2008): Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 3, 189–197.
- Hofmann, L. (2009): Spiritualität und Religiosität in der psychotherapeutischen Praxis. Eine bundesweite Befragung von Psychologischen Psychotherapeuten. Dissertation. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Lipsey, M. W.; Wilson, D.B. (1993): The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181–1209.
- Lütz, M. (2009): *Irre – Wir behandeln die Falschen!* Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
- McNeilly, C. L.; Howard, K. I. (1991): The Effects of Psychotherapy: A Reevaluation Based on Dosage. *Psychotherapy Research*. 1 (1), 74–78.
- Mestel, R., Oppl, M. (2008): *Therapieschulenmodelle: Humanistische Psychotherapie*. In Schmid-Ott, G.; Wiegand-Grefe, S.; Jacobi, C.; Paar, G.; Meermann, R.; Lamprecht, F. (Hrsg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. Schattauer, Stuttgart, 135–147.
- Mestel, R.; von Heymann, F. (2005): Ein empirischer Vergleich der Schwierigkeiten mit der ICD-10 Psychodiagnostik in zehn psychosomatischen Kliniken. *Psychotherapeut*. Psychodynamische Psychotherapie, 4, 1–11.
- Mestel, R. (1996): Therapieevaluation am Dan Casriel Institut – Therapieergebnisse von fünf Workshops im Jahr 1995. Unveröffentlichter Bericht.
- Mestel, R. (2014): *Placebo-Therapie: Wirkung und Optimierungsmöglichkeiten*. Unveröffentlichtes Seminar/Vortragsskript. HELIOS Klinik Bad Grönenbach, Download: http://www.mraz.de/Qualitätszirkel/placebo_Mestel.pdf.
- Mestel, R.; Erdmann, A.; Schmid, M.; Klingelhöfer, J.; Stauss, K.; Hautzinger, M. (2000a): 1-3 Jahres Katamnese bei 800 stationär behandelten depressiven Patienten. In Bassler, M. (Hrsg.): *Leitlinien zur stationären Psychotherapie: Pro und Kontra* (S. 243–273). Psychosozial Verlag, Gießen.
- Much, T. (2013): *Der große Bluff: Irrwege und Lügen der Alternativmedizin*. Goldegg Verlag, Wien.
- Paulus, J. (2009): Welche Therapie ist gut für mich? *Psychologie Heute compact*, 21, 6–11.
- Plass, D.; Vos, T.; Hornberg, C.; Scheidt-Nave, C.; Zeeb, H.; Krämer, A. (2014): Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie, *Dtsch Arztebl Int*; 111(38): 629–38.
- Plassman, H., J.; O'Doherty, B.; Shiv, A.; Rangel A. (2008): Marketing actions can modulate neural representations of experienced pleasantness. *PNAS* 105 (3), 1050–1054.
- Poznanski, J. J.; Mc Lennan, J. (2003): Becoming a Psychologist with a particular theoretical orientation to counselling practice. *Australian Psychologist*, 38 (3), 223–226.
- Prioleau, L.; Murdock, M.; Brody, N. (1983): An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6 (2):275.
- Rief, W.; Hofmann, S. G. (2009): Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln? *Nervenarzt* 80:593–597.
- Schindler, H.; Schlippe, A.v. (2006): Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten. *Psychotherapie im Dialog*, 7(3), 334–337.
- Steffanowski, A.; Löschmann, C.; Schmidt, J.; Wittmann, W. W.; Nübling, R. (2007): Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Huber, Bern.
- Strauss, B., Barnow, S.; Brähler, E., Fegert, J.; Fliegel, S., Freyberger, H. J.; Goldbeck, L.; Leuzinger-Bohleber, M.; Willutzki, U. et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Ki./Ju. Psychotherapeuten. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf.
- Topolinski, S.; Hertel, G. (2007): The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research* 17 (3), 365–375.
- Wampold, B. E.; Minami, T.; Tierney, S. C.; Baskin, T. W.; Bhati, K. S. (2005): The placebo is powerful:

- estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials. *J Clin Psychol.* 61(7):835–54.
- Wampold, B. (2001): *The great psychotherapy debate.* Lawrence Erlbaum, New York.
- Watts, B. V.; Schnurr, P. P.; Mayo, L.; Young-Xu, Y.; Weeks, W. B.; Friedman, M. J. (2013): Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 74(6):e541–50.
- Watzke, B.; Rüddel, H.; Juergensen, R.; Koch, U.; Kriston, L.; Grothgar, B.; Schulz, H. (2010): Effectiveness of a systematic treatment selection for psychodynamic or cognitive-behavioral psychotherapy *British Journal of Psychiatry.* 196, 96–105.
- Watzke, B.; Rüddel, H.; Koch, U.; Rudolph, M.; Schulz, H. (2008): Comparison of therapeutic action, style and content in cognitive-behavioural and psychodynamic group therapy under clinically representative conditions. *Clinical Psychology & Psychotherapy Clinical Psychology & Psychotherapy.* 404–417.
- Weissman, M. M.; Markowitz, J. C.; Klerman, G. L. (2009): *Interpersonelle Psychotherapie: Ein Handlungsleitfaden.* Göttingen: Hogrefe (engl. Originalausgabe 2007).
- Wittchen, H. U.; Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt.* 44, 993–1000.
- 1 z.B. Spiel-/Verhaltenssüchte, sexuelle Präferenzstörungen, Impulsdurchbruchstörungen usw.
 - 2 Niemand hat darüber einen vollständigen Überblick und ständig werden neue Verfahren entwickelt, die sich zunehmend als Amalgam bisheriger Verfahren erweisen. Im Text wird das hochinteressante Thema gestreift, ob diese „Evolution der Psychotherapie“ zu einer wirklichen Verbesserung für die Versorgung von leidenden Menschen führt oder ob sich Psychotherapeuten und Forscher letztlich diesbezüglich im Kreis bewegen.
 - 3 PD ist die internationale übergeordnete Bezeichnung für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, TP steht für „tiefenpsychologisch fundiert“.
 - 4 In der Folge wird der Originalterm „humanistisch“ ohne Anführungszeichen verwendet. Der Ausdruck ist zweifelhaft, weil er ungerechtfertigt implizit unterstellt, die übrigen Ansätze seien nicht humanistisch. Zu Ende gedacht wäre eine glänzende Geschäftsidee, die Psychotherapie Nr. 701 „menschlich-ganzheitliche“ Psychotherapie zu nennen. Kurz, die Bezeichnung dient schon einer Placebo-Induktion (s.u.).
 - 5 aktueller Stand: www.wbpsychotherapie.de
 - 6 Theoretisch läge die Grenze zwischen Eklektizismus und Integration darin, dass bei letzterem eine vorgebliche „theoretische Fundierung“ vorliegt. Je nachdem, wie umfassend eine solche „Meta-Theorie“ wäre, könnte man jedes Vorgehen als „integrativ“ bezeichnen (z.B. nach Grawes Allgemeiner Psychotherapie-Theorie, 1994), die Grenze bleibt willkürlich. Zuzustimmen ist Prof. Wolfgang Lutz (Paulus 2009, S.9), dass Eklektizismus meist gerne als integrativ von Therapeuten verkauft wird – wohl als selbstwertdienliche Rationalisierung des Vorgehens. Ergänzend sollte man sich klarmachen, dass nach einer der gründlichsten Wirkfaktorenanalysen der „Psychotherapietheorie“ keinerlei Bedeutung in der Vorhersage der Behandlungswirksamkeit zukommt (Wampold 2001).
 - 7 In den 1970ern und 1980ern, den Zeiten von „Gruppendynamikeuphorien“, dürfte die Methodenvarianz im stationären Bereich noch deutlich stärker gestreut haben. Verwendet wurden u.a. Encounter, Marathontherapien, Rebirthing, Primärtherapien, holotropes Atmen, Bioenergetik, Körperpanzeranalysen, dynamische Meditation (nach Bhagwan / Osho) und vieles mehr. Der Autor denkt an die schockierten Gesichter von jungen Psychologie-Praktikantinnen der eigenen Klinik, welche den Film „Ashram in Poona“ von 1979 angesehen haben, in dessen zweiten Teil einige der Psychotherapiemethoden live dokumentiert sind.
 - 8 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten arbeiten meist im Sitzen gegenüber (ohne Couch), mit kürzerer Therapiedauer (s.o.) und eher 1x pro Woche (vs. 3–5x); sie fokussieren in der Therapie stärker, deuten weniger, arbeiten gegenwartsorientierter und „proaktiver“ als Psychoanalytiker.
 - 9 Kaum untersucht ist, welche Mediziner sich eher psychotherapeutisch ausbilden lassen. Zu vermuten ist, dass dies eher von der „entmenslichten“ Schulmedizin abgeschreckte Kollegen sind, welche „Beziehungsmedizin“ suchen und sich folglich selten von evidenzbasierter, wissenschaftlich orientierter Psychotherapie angezogen fühlen. Bei Ärzten mit psychiatrischer Ausbildung hingegen kommt es seit einigen Jahren zu einer massiven Annäherung („Schulterschluss“) an die VT der Psychologen, was z.B. auf DGPPN-Kongressen deutlich zu erkennen ist.
 - 10 Die vielen über diesen Zustand schmallenden psychodynamischen Kollegen kann man insofern beruhigen, als nun die VT-Professoren ihrerseits zunehmend durch vorrangig biologisch orientierte Neuroforscher abgelöst werden.
 - 11 Diese Arbeit ist zu replizieren. Interessant wäre es, im Längsschnitt die Hypothese zu prüfen, ob problematische Erfahrungen in der Familie bzw. psychische Störungen potentielle Ausbildungskandidaten eher in Eigen-Psychotherapie bringen, diese meist psychodynamisch ist (da Akademiker bevorzugt Motive klären wollen bzw. für TP indiziert erscheinen; siehe Watzke et al., 2010) und diese Personen daraufhin aufgrund ihrer meist positiven Erfahrung dieser Therapie dann eine PSA/TP Ausbildung verfolgen.
 - 12 d: difference; deskriptive Effektstärkenstatistik zur Beschreibung der „praktischen Relevanz“ von Effekten, gilt seit den 1970er Jahren als wichtige Ergänzung induktiver Signifikanzstatistik (Cohen, 1988)
 - 13 Nicht gemeint ist die ununtersuchte Psychotherapie. Dies soll betont werden, um dem „Trittbrettfahrer“-Argument zahlreicher para-psychotherapeutischer Methoden zu begegnen, die ihre Wirksamkeit niemals belegt haben (siehe Grawe et al., 1994); z.B. ist unter Praktikern ein „Hype“ um die neuere Traumatherapie „Brainspotting“ (D. Grand) oder „Pesso-Arbeit“ zu beobachten, obwohl es für die Wirksamkeit der Methoden bisher nur blumige Versprechungen, aber keinen einzigen Nachweis gibt. Bereits mehrfach ließ sich beobachten, dass psychotherapeutische Praktiker neue, „intuitiv überzeugende“ Methoden völlig kritiklos in ihr Methodenarsenal aufgenommen haben, ein Vorgehen, welches zumindest im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie vom Gesetzgeber untersagt ist.
 - 14 Bei schweren Depressionen sind Placebo und Spontanremissionseffekte deutlich seltener zu beobachten (Kirsch, 2008). Hier hilft nach den open-source S3-Leitlinien eine Kombinations-
- behandlung von irgendeiner Psychotherapie mit Antidepressiva am besten, daneben sind erfolgversprechend: Elektrokrampftherapie oder Tiefenhirnstimulation. Der kritische Punkt hier ist nur die Diagnostik, wie aus 15-jähriger Dozententätigkeit als Diagnostik-Trainer zu konstatieren! Kaum ein Psychotherapeut diagnostiziert in der Praxis reliabel (verlässlich). Fast keiner verwendet strukturierte Interviews oder die Hamilton Depressions Fremdbeurteilung oder dokumentiert überhaupt nur die 10 ICD-10 Kriterien der Depression (Mestel & von Heymann, 2005). D.h. Leitlinien sind wichtig, aber ohne reliable Diagnostik laufen deren therapeutische Algorithmen ins Leere: Wahrlich schwer Depressive werden nicht kombiniert behandelt, leicht Depressive unnötigerweise kombiniert.
- 15 So der Experte und Ex-Depressions-Patient Prof. James Mc Cullough, Entwickler von CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), der einzigen störungsspezifischen Therapie gegen chronische Depression, flapsig im Interview.
- 16 Dies gilt auch für spezifische Therapien wie MBCT, die „Mindfulness based Cognitive Therapy“ von Teasdale. u.a.)
- 17 Free Download auf der Website der HELIOS Klinik Bad Grönenbach unter Qualitätsmanagement/Vorträge der Mitarbeiter
- 18 Polemisch ausgedrückt könnte man den Psychotherapeuten zur „Verblindung“ unter Drogen setzen. Allerdings wäre dann seine Manual-Adhärenz gefährdet, welche die interne Validität der Studie gewährleistet. Damit belegt man, dass er sich an die Techniken hält, die er durchzuführen vorgibt und keine anderen.
- 19 Download unter <http://bonding-psychotherapie.de/veroeffentlichungen/forschungsergebnisse.html>

Robert Mestels Vortrag zum Thema auf der SkepKon 2014: https://www.youtube.com/watch?v=__Stz178EvU



Dr. biol. hum. Robert Mestel, Dipl.-Psych., Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (VT), Supervisor VT, Abteilungsleiter Forschung/Qualitätssicherung der HELIOS Klinik Bad Grönenbach; Diplom

1992 Konstanz (Borderline Persönlichkeitsstörung); Promotion Ulm 2001 (Spezifität und Stabilität von Bindungsmustern); Arbeitsschwerpunkte: Therapeutisch: Angst/Zwang/Trauma, Verhaltenstherapie; klinisch-wissenschaftlich: Klassifikatorische, psychodynamische (OPD) und psychometrische Testdiagnostik von psychischen Störungen, Bindungstheorie, Placeboforschung, Interpersonelle und Persönlichkeitstheorie, Lerntheorie, Psychotherapie- und Evaluationsforschung (auch von umstrittenen Ansätzen wie Festhaltetherapie, Bonding usw.). Sonstiges: Stigmatisierung von Homosexualität. Interessenkonflikte: VT-Ausbildung (Behandlung ambulanter Patienten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie); Mitarbeiter in privater Klinik mit vielen humanistischen und psychodynamisch orientierten Kollegen/-innen; Dozent und Supervisor an diversen Psychotherapie-Weiterbildungsinstituten; Mitglied der GWUP; Erfahrung in zahlreichen Psychotherapiemethoden inkl. Langzeitpsychoanalyse, Bioenergetik, Bonding-psychotherapie, Rebirthing, Gruppen-Encounter (Marathons) usw.