

skeptiker

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

1/2015

Zeitschrift für Wissenschaft und kritisches Denken

Rebirthing & Qigong

Atemübungen
auf dem Prüfstand

Wirkfaktoren in der (Richtlinien-) Psychotherapie

Wie viel Ritual und Placebo
sind da drin? – Teil II



»Wahre Geistergeschichten«
Interview mit Dr. Lucia Moiné



skeptiker
magazin

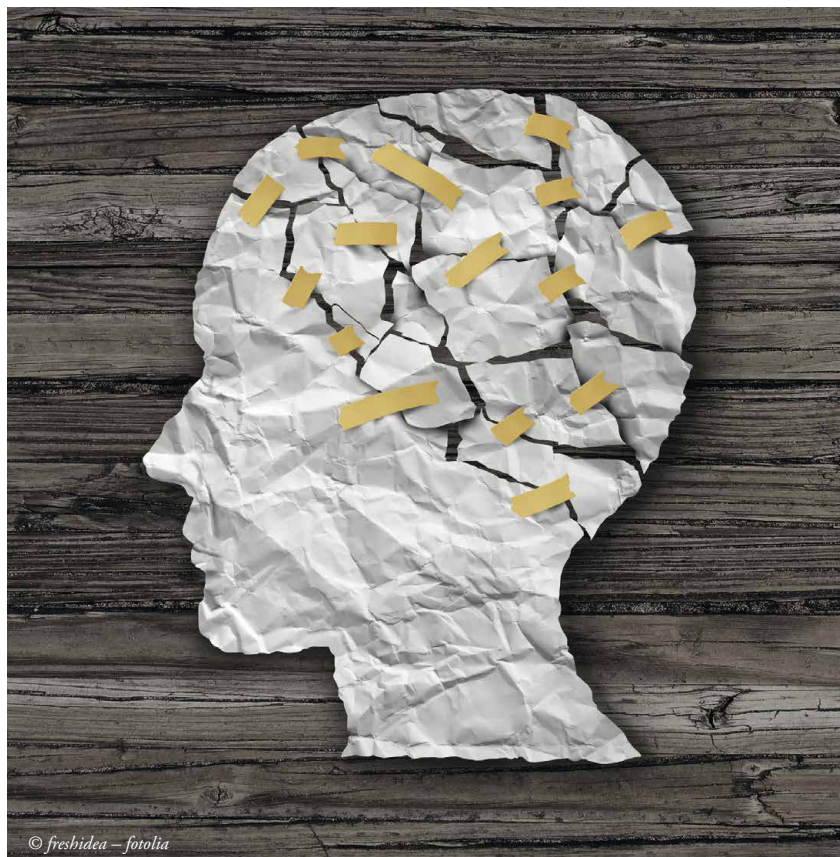
Wirkfaktoren in der (Richtlinien-) Psychotherapie

Wie viele unspezifische Faktoren, abergläubische Rituale oder Placebo-Wirkungen sind da drin? – Teil 2

Robert Mestel

Teil 1 (siehe *Skeptiker* 4/2014, S. 165–176) skizzierte die Geschichte und Einrichtung von staatlich finanzierter Psychotherapie mit Schwerpunkt auf Deutschland. Dazu wurde auf die elementaren Unterschiede zwischen den Haupt-Psychotherapieorientierungen eingegangen und die allgemeine hohe Wirksamkeit der Psychotherapie belegt. Weiter zeigte der Beitrag, welche messbare Rolle Erfolgserwartungen (Placebowirkung) und Spontanheilung einnehmen. Der vorliegende Teil 2 widmet sich den restlichen empirisch erforschten Wirkfaktoren und -interaktionen, wobei eine möglichst faire und ausgeglichene Darstellung der empirischen Befundlage im Mittelpunkt steht. Die Befunde gelten im selben Zuge für die Praxis der deutschen Richtlinienpsychotherapie.

Die beste Schätzung durchschnittlicher Psychotherapie aus kontrollierten Stu-



dien liegt bei einer Effektstärke von $d = 0.82$, dies entspricht einer Korrelation von $r = .37$ und somit einer Varianzaufklärung des Behandlungsergebnisses durch Psychotherapie von $0,37^2$

$= 13\%$ (Wampold 2001, S. 205). Die bisher wirksamsten Psychotherapien für Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS; z. B. ▶

Watts et al. 2013) mit Effektstärken von etwa $d = 1.5^1$, was einer Varianzaufklärung von 36 % entspricht. Dies bedeutet, dass auch bei den wirksamsten Psychotherapien der größte Teil des Therapieergebnisses *nicht* durch die Psychotherapie selbst erklärt werden kann. Der Anteil *anderer* Faktoren am Behandlungsergebnis macht 64–87 % aus!

Nichttherapeutische Wirkfaktoren

Den größten Erklärungsbeitrag der außertherapeutischen Wirkfaktoren liefern unstrittig Patientenmerkmale (ca. 30 %), der Zufall (ca. 40 %), gleichzeitige andere (Pharmako-) Therapien (ca. 8 %), Lebensereignisse (ca. 6–55 %), soziale Unterstützung (1,7 %) und Spontanremission (ca. 0,25 %).

Norcross und Lambert (2011b) schätzen den Anteil *unaufklärbarer Varianz* auf 40 %. Bei der großen Anzahl an potentiellen Einflussfaktoren ist es ausgeschlossen, dass jemals alle Variablen bzw. deren Interaktionen auch nur ansatzweise erfasst oder in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT²) für den Rückschluss auf Kausalität untersucht werden.

Gemittelt über viele psychische Störungen liegt die Effektstärke von *Spontanremissionen* psychischer Störungen bei $d = 0.1$, was umgerechnet nach Cohen (1988) einer Korrelation von $r = .05$ entspricht, eine Varianzaufklärung von 0,25 %.

Zum Zusammenhang der meist subjektiv eingeschätzten *sozialen Unterstützung* mit dem Erfolg von ambulanter Psychotherapie fand die einzige Meta-Analyse (quantitativer Review) bei 27 Studien eine Effektstärke von $d = 0.24$, was 1,7 % Varianzaufklärung entspricht (Röhrle, Strouse 2008, 2009; vertiefend: Röhrle, Laireiter, 2009).

Patienten in zwei Studien mit Angststörungen und Depressionen schätzten ein Jahr nach stationärer Psychotherapie (Mestel et al. 2000a, 2002)

den *Einfluss von Lebensereignissen auf Verschlechterungen* ihrer Symptomatik mit 25 % und 55 %, auf *Verbesserungen* nur mit 6 % und 10 % aller Einflussfaktoren ein. Hierzu liegt m. E. keine kausal interpretierbare Forschung vor. Als häufigste Interventionen bei psychischen Störungen (Margraf 2009, S. 121) werden in der Praxis psychoaktive Medikation (bei 75 %) und mehr oder weniger spezifische Beratung bei 80 % angewandt. Schätzt man die Effektstärke von psychoaktiver Medikation (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika usw.) über alle psychischen Störungen für die Akutphase, also solange die Medikation auch wirklich eingenommen wird, mit $d = 0.6$ (deutlich besser als Placebo aber unter „bona fide Psychotherapie“³), dann ergibt sich daraus eine Korrelation von $r = .29$ und somit 8,4 % Varianzaufklärung für weitere *zeitgleiche Therapien*⁴.

Reviews über Jahrzehnte sind sich einig, dass Patientenmerkmale den größten Teil des Therapieerfolgs aufklären (Bohart, Wade 2013, S. 245; Orlinsky et al. 1994). Ungünstig für den Erfolg in der Psychotherapie sind vor allem folgende Merkmale: geringe Motivation, Rentenbegehren, längere Krankheits- und Krankheitsdauer, mehr Diagnosen (v. a. auch körperliche), bestimmte Diagnosen wie Zwangsstörungen, somatoforme Störungen (Körperbeschwerden) und Persönlichkeitsstörungen (v. a. schwere), unsicherer Bindungsstil (Abwehren von Hilfe oder aber starke Trennungsängste) Widerstand/Reaktanz (abwehrende Haltung gegenüber Psychotherapie), starker Perfektionismus bzw. Selbstkritik, fehlende Erwartung von Therapieerfolg (Bohart, Wade 2013; Farin et al. 2009; Oster et al. 2009; Steffanowski et al. 2007). Tendenziell ist ein schlechteres Ergebnis zu erwarten bei: Männern, Jüngeren,

geringerer Bildung, Wohnort Westdeutschland (vs. Ost) und partnerlosen Personen.

Das Eingehen auf Patientenpräferenzen für eine Behandlung erhöht den Therapieerfolg etwa um $d = 0.3$ (Bohart, Wade 2013). Bestätigt wird dies durch die deutsche Studie von Mergl et al. (2009), in der Patienten bei Behandlung in ihrem bevorzugten Verfahren (Verhaltenstherapie vs. Antidepressiva) signifikant bessere Effekte erzielten.

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Der Fokus der überwiegenden Psychotherapieergebnisforschung liegt auf den therapeutischen Faktoren im eigentlichen Sinn – wohl, weil diese Wirkfaktoren im Gegensatz zu extratherapeutischen Variablen eher manipulierbar und trainierbar sind.

Um die entscheidende Frage, was in der Psychotherapie wirkt, tobt seit Jahrzehnten ein erbitterter „Krieg der Kulturen“ (Norcross, Lambert 2011a): Heilen Behandlungen Störungen oder heilen Beziehungen Menschen? „Was für ein Mensch entwickelt die Krank-

» Was wirkt in der Psychotherapie? Um diese Frage tobt seit Jahrzehnten ein erbitterter „Krieg der Kulturen“. «

heit oder welche Krankheit hat ein Mensch?“ (Sir William Osler, zitiert nach Norcross, Lambert 2011b, S. 9). Auch wenn die Forscher sich über die immanente Verschränkung von „Techniken“ und „Beziehung“ einig sind, bleibt umstritten, worauf im Training und der Vermittlung des Behandlungsrationalen der Schwerpunkt liegen sollte. Von der Scientific Community wurden zwei polare Systeme aufgegriffen, die nach Wampold (2001) als „kontextuelles“ und „medizinisches“ Modell bekannt sind. Die The-

matik geht weit über den Bereich der „talking cures“ hinaus, wie die Placebo-Forschung zeigt. So belegten McKay et al. (2006), dass in einem RCT mit Depressiven die besten Psychiater mit Placebo-Pillen bessere Ergebnisse erreichten als die schlechtesten Psychiater mit Antidepressiva. Die Varianzaufklärung des Therapieerfolgs war durch die Variable „Psychiater“ mit 9% dreimal so hoch wie die der Medikation! Historisch wurden Psychotherapien vorwiegend naturalistisch in der Praxis entwickelt. Diverse „Angriffe“ der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), vornehmlich unter empirisch-wissenschaftlicher Perspektive, mischten das Feld seit den 1950ern zunehmend auf.

Wampolds Meta-Analyse 1997 und dutzende folgende Publikationen seiner Forschergruppe kann man als erste massierte empirische Gegenattacke ansehen.

„Kontextuelles“ Modell

Das „kontextuelle“ bzw. „Common-factor“-Modell (CF), welches von Rosenzweig (1936) begründet wurde, bezieht sich auf „heilsame“⁵ Elemente (fast) aller Therapieorientierungen. Die Grundlagen für die CF-Rahmentheorie wurden von Frank und Frank (1991) gelegt, eine Erweiterung durch die Befunde einer elaborierten Meta-Analyse erfolgte durch Wampold (1997, 2001):

1. Eine emotional vertrauensvolle Beziehung mit einem Helfer/„Heiler“,
2. Ein „Heilungssetting“ in dem der Klient erwartet, dass der „Heiler“ ihm helfen wird,
3. Ein für den Patienten plausibler, kulturell akzeptierter „Erklärungsmythos“ für die Beschwerden und deren „Heilungsmethoden“, der nicht „wahr“ sein muss,
4. Ein „Heilungsritual“, welches die aktive Mitarbeit von Klient und Therapeut auf der Basis des Behandlungsrationalen erfordert.

Für diesen Ansatz ist Psychotherapie im Kern eine menschliche Beziehung

(Wampold 2012). Eine zentrale Rolle spielt dabei die Fähigkeit des Psychotherapeuten zur Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung. Nahezu irrelevant sind dagegen spezifische Methoden für spezifische Störungen, Manuale, welche Methoden vorschreiben, und auch Psychotherapietheorien. Ferner wird keine Methode oder Theorie als überlegen betrachtet. Als erste und bisher einzige Ausnahme lassen die Protagonisten dieses Modells die Technik „Reizkonfrontation“⁶ bei bestimmten Angststörungen gelten (Laska et al. 2014, S. 471) – und das nach 17 Jahren Attacken auf die Mainstream-RCT-Forschung. Hauptsache, es erfolge *irgendein* „Heilungsritual“ auf der Basis irgendeines „Erklärungsmythos“, von dem der Psychotherapeut und möglichst auch der Patient überzeugt sind.

„Medizinisches“ Modell

Das medizinische Modell (Wampold 2001, S. 204) geht analog zur Organmedizin davon aus, dass der Klient erstens eine Störung, Beschwerde bzw. ein Problem präsentiert, dass zweitens eine psychologische Erklärung dafür existiert, und dass drittens aus der Erklärung ein Veränderungsmechanismus abgeleitet werden kann. Viertens werden zur Behandlung spezifische Elemente dargeboten, welche das Problem lindern oder beseitigen können. Dieses Modell ist wohl aufgrund des Diktums von Kausalbefunden in der Forschung (RCTs) weltweit der aktuell dominanteste Ansatz an den Universitäten und gilt als eine Variante evidenzbasierter Medizin (Baker et al. 2009). Von ihm werden dutzende von störungsorientierten Leitlinien abgeleitet⁷, welche zunehmend über die Erstattung einzelner Therapieformen durch die Kostenträger entscheiden. Als größte Herausforderung gilt die Umsetzung der Forschungsbefunde in die Praxis. Aus der Tradition dieses Modells wurden „Empirically Supported Treatments“ (ESTs) abgeleitet, auf deren Basis inzwischen gan-

ze Länder (z. B. England) flächendeckend psychotherapeutisch versorgt werden. Nach den benannten Angriffen der Wampold-Gruppe schlug das „Imperium“ der Vertreter des „medizinischen“ Modells kürzlich zurück: In der jüngsten Meta-Analyse haben sich KVT-Methoden erneut in einigen Störungsbildern als signifikant kurz- und mittelfristig überlegen gezeigt (Marcus et al. 2014). Wampold und Imel (2015) werden darauf wiederum kontern. Elaborierte Debatten zum Thema lieferten sich jüngst weltweit führende Vertreter beider Lager im Themenheft des Journals *Psychotherapy* (2014, Vol. 51,4). Noch pointierter wurde darüber gestritten, ob die spezifischen KVT-Techniken Traumakonfrontation und kognitive Therapie bei PTBS überhaupt notwendige spezifische Elemente seien (Ehlers et al. 2010; Frost et al. 2014; Wampold et al. 2010). „Present Centered Therapy“ (PCT), eine bona-fide-Kontrollgruppentherapie, kommt ohne die genannten zentralen Ingredienzien aus, schnitt jedoch im Vergleich zu ESTs meist gleich gut ab! Unterhaltensamerweise besteht PCT vorwiegend aus den KVT-Fundamentalbausteinen Psychoedukation und Problemlösen! In der Zuordnung der Psychotherapie-Wirkfaktoren in eher gemeinsame (Common Factors = CF) oder technische Faktoren herrschen unter führenden Psychotherapieforschern erhebliche Diskrepanzen. So gelten Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten in der Gesprächstherapie nach Carl Rogers als spezifische, trainierbare Techniken, in der Verhaltenstherapie dagegen meist als „notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung einer Arbeitsbeziehung“ (siehe Gegenüberstellung KVT vs. psychodynamische Therapien, PD, Mestel 2014).

Gemeinsame Faktoren (Common factors)

Zu den Faktoren, die für alle Psychotherapien gelten, gehören die Bezie-





Gemeinsam gegen die Krankheit: In Gruppentherapien spielt der emotionale Zusammenhalt eine entscheidende Rolle. © apops - Fotolia

hung zwischen Patient und Therapeut, zwischenmenschliche Fertigkeiten des Therapeuten (z. B. Einfühlungsvermögen, Wertschätzung), die Person des Therapeuten an sich, die Überzeugung von seiner Methode und Erwartungseffekte des Patienten, dass die Therapie wirksam ist (Cooper 2008).

Die umfangreiche Forschung zu *Effekten von Laientherapeuten/-Beratern* belegt, dass Laien im Allgemeinen gleich gute Ergebnisse erreichen und es für den Therapieerfolg nicht auf die Ausbildung ankommt, sondern auf die zwischenmenschlichen Fertigkeiten (z. B. empathisch, warmherzig, unterstützend) des einzelnen Helfers (Berman, Norton, 1983; Gunzelmann et al., 1987; Hill, Knox, 2013, S. 799; Laireiter, 2009; Strupp, Hadley, 1979).

Die *therapeutische Arbeitsbeziehung* („alliance“), welche gemeinhin unter Praktikern als der wichtigste therapeutische Wirkfaktor gilt, wird wie folgt definiert (Gelso, Carter 1985): „Die Allianz sind die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut und Klient gegenüber haben und die Art und Wei-

se, wie diese ausgedrückt werden.“ Sie wird üblicherweise in drei Komponenten zerlegt, die Bindung (Bond), die Übereinkunft über Therapieziele und die Aufgaben in der Therapie (Bordin 1979). Die Allianz im Erwachsenen-, Kinder-, Jugend- und Familientherapiebereich ist der mit Abstand am besten untersuchte Wirkfaktor aller CF. Die aufgeklärte Varianz über 190 korrelativ angelegte Studien mit 3599 Patienten betrug in der aktuellsten Meta-Analyse für ambulante Psychotherapie 7,5 % (Horvath et al. 2011)⁸. Dennoch bleibt weitgehend unklar, wann die Allianz die Rolle eines Veränderungsmechanismus, Mediators oder Moderators in der Psychotherapie einnimmt (Kazdin 2007). In der Gruppenpsychotherapie kommt dem Wirkfaktor „Kohäsion“ (emotionaler Zusammenhalt) eine herausragende Bedeutung zu (Norcross 2011). Ferner spielt die therapeutische Fähigkeit zum Kitten von Allianz-Brüchen als Wirkfaktor eine erfolgversprechende Rolle (Safran et al. 2011). Kritiker der Überbewertung der Bedeutung der Allianz betonen, dass es

keine Unterschiede in der Allianzstärke zwischen Therapieverfahren gäbe, dass weniger Allianz fokussierte Therapien mindestens gleichwirksam seien, dass die Allianz beilegermaßen nicht verbesserbar sei und zahlreiche wirksame Therapien weitgehend ohne Allianz auskämen (Baker et al., 2009; Berger, 2014; Crits-Christoph et al., 2006; Elliott et al., 2013, S. 502; Emmelkamp et al., 2014; Flückinger et al., 2012; Henry et al., 1993; Knaevelsrud, Maercker, 2007; Smith-Hansen et al., 2011).

Das Einfühlungsvermögen in die Welt und Sichtweise des Patienten (*Empathie*), der zentrale Wirkfaktor der klassischen Gesprächstherapie nach Carl Rogers, erklärte in 59 Studien mit 3599 Patienten 9 % Varianz ($d = 0.63$; Norcross 2011).

Sind sich Patienten und Therapeuten über die Therapieziele einig (Teilkomponente der Allianz) bzw. arbeiten die Patienten gut mit, dann hing dies in 15 Studien mit 1302 Patienten mit einem besseren Ergebnis zusammen ($d = 0.72$, 11,5 % Varianzaufklärung; Norcross 2011).

Die Bestätigung des Patienten in seinem Wert (bei Carl Rogers „Akzeptanz“) hing in 18 Studien mit 1067 Patienten mit einem besseren Therapieerfolg zusammen ($d = 0.56$, 7,3 % Varianzaufklärung; Norcross 2011). Andererseits gelten entwertende Therapeutenäußerungen als definitiv schädlich (z. B. Henry et al. 1986). Die *Aufrichtigkeit des Therapeuten* und seine „Kongruenz mit sich selbst“

» Gute Therapeuten ringen um fortlaufende Verbesserung. «

spielt eine etwas geringere Rolle. Über 16 Studien mit 863 Patienten wurde ein Effekt von $d = 0.49$ berechnet (5,7 % Varianzaufklärung; Norcross 2011). Im Sinne von Rogers Konzept der „Kongruenz“ darf der Therapeut sich nicht hinter Fassaden, Rollen und Floskeln verstecken, sondern sollte sich in die Situation emotional einbringen, also eine unmittelbare echte Beziehung von Person zu Person eingehen (Rogers 1981).

In 46 vorwiegend ambulanten Studien mit knapp 15000 Patienten zu *Therapeuteneffekten* wurde der Unterschied zwischen Therapeuten zur Vorhersage des Ergebnisses auf etwa 5 % geschätzt (Baldwin, Imel 2013; Chow 2014; Laska et al. 2014, Wampold, Brown 2005). In einer englischen Studie von Saxon und Barkham (2012) über 10000 Patienten verbesserten sich bei den 21 „Supershrinks“ (besten Therapeuten) im Schnitt 76 % der Patienten, bei den schlechtesten 19 „Pseudoshinks“ nur 46 %. Der Bereich der Besserungsquoten lag zwischen 23 % und 96 %. Allerdings wurden die Patienten nicht per Zufall auf die Therapeuten verteilt, sodass der Erfolg der Supershrinks möglicherweise durch prognostisch günstigere Patienten erklärbar ist. In der Studie von Kraus et al. (2011) erreichten die besten ambulanten Therapeuten Effektstärken von $d = 1.5$, die schlech-

testen von $d = -1.5$ (!). Die Effektstärken über die einzelnen Therapeuten sind normalverteilt, d. h. die meisten erziehen mittlere Effektstärken, wenige besonders gute oder geringe. Die Erforschung der Kennzeichen von Supershrinks steckt noch in den Kinderschuhen. Fähigere Therapeuten scheinen über bessere (v. a. interpersonelle) CF-Fertigkeiten gerade im Umgang mit schwierigen Patienten zu verfügen (Miller et al. 2013). Sie fokussieren auf den Patienten, orientieren sich an Feedbacks durch

objektive Testergebnisse, versuchen stets hilfreich zu sein, verfügen über professionellen Selbstzweifel und üben bzw. optimieren privat therapeutische Fertigkeiten („deliberate practice“) – sie ringen um fortlaufende Verbesserung.

Mediziner scheinen von medizinischen Interventionen weniger überzeugt zu sein. In der Studie von Mendel et al. (2010) bezeugten etwa 80 % von 515 Psychiatern, dass die Einnahme von Antidepressiva das Beste für den depressiven Patienten wäre. Direkt gefragt, was sie selbst bei derselben Art und Schwere der Depression nehmen würden, nannten nur noch 39 % diese Medikation. Dagegen sind Psychotherapeuten meist viel stärker von ihrem Verfahren überzeugt, die Weichenstellung erfolgt offenbar bereits vor der Therapieausbildung durch Persönlichkeitseigenarten/Gene, Lebensereignisse, Kindheitserfahrungen usw. (Mestel 2014). Die wenigsten Therapeuten lassen sich wohl in einem Verfahren ausbilden, welches ihrem Charakter widerspricht, sondern wählen ein passendes Verfahren. In der Psychotherapieausbildung wird forciert und bewusst eine Therapieidentität auf- bzw. ausgebaut, die sich mitunter in Abgrenzung zu anderen Orientierungen festigt. Daraus resultiert ein quasi „religiös-philosophischer“ Glaube an das jeweilige Ver-

fahren – je exotischer, randständiger das Verfahren, umso überzeugter – ähnlich wie in der „Alternativ“-Medizin⁹. Obwohl diese *Überzeugung vom eigenen Verfahren* („*Allegiance-Effect*“) nachweislich im Laufe des therapeutischen Berufslebens bei der Mehrheit der Praktiker einem gewissen Eklektizismus weicht (Mestel 2014), spielt der Allegiance-Effekt von Forschern und Therapeuten wohl eine wichtige Rolle. Die aktuellste Mega-Analyse über 30 Meta-Analysen schätzt ihn mit 7 % Varianzaufklärung ($r = .26$; Munder et al. 2013). Dies ergibt das Paradoxon, dass das Verfahren selbst und seine Elemente eine weitgehend untergeordnetere Rolle spielen (nächster Abschnitt), ungleich relevanter jedoch ist die Überzeugung des Therapeuten vom Verfahren!

Der *Placebo-Effekt* basiert auf Erwartungen und unbewusster klassischer Konditionierung und zeigt sich, wenn der Patient überzeugt ist, eine (wirksame) Behandlung zu erhalten. Sein Auftreten ist regelhaft, aber im Einzelfall unvorhersagbar und abhängig von der Art der psychischen oder körperlichen Erkrankung und einer Vielzahl weiterer Bedingungen, (Mestel 2014). Dieser Effekt erklärt im Mittel 4 % der Varianz des Therapieergebnisses.

Spezifische Therapietechniken

Ein Therapiemanual schreibt genau vor, was der Therapeut in welcher Stunde bzw. welcher Problemsituation zu tun hat. Doch zwischen der optimalen Befolgung (*Manualadhärenz*) und dem Therapieerfolg besteht kaum ein Zusammenhang ($<0,1$ % Varianzaufklärung). Dies fand eine integrativ zusammengesetzte Forschergruppe aus KVT- und PD-Vertretern metaanalytisch über 28 Studien mit 1334 Patienten heraus (Webb et al. 2010)¹⁰. Trotzdem ist Manualtreue für die Bewertung von Therapievergleichen unersetzbar! Was passiert, wenn man einfach die Therapeuten einschätzen lässt, welche Methode(n) sie anzuwenden meinen, publizierten

jüngst Tschuschke et al. (2014) in einer Schweizer Studie mit humanistischen und PD-Therapeuten. Mittels videogestützter Analyse konnte belegt werden, dass nur 4–28 % aller eingesetzten Interventionen spezifisch für das Verfahren war, welches der Therapeut nach eigenen Angaben anwandte. Zu 50–73 % führten die Therapeuten unspezifische, therapieschulübergreifende oder beratende Verfahren durch und 16–27 % der Verfahren waren gar anderen Therapieorientierungen entlehnt („geklaut“). Kurz: Verlässt man sich auf Therapeutenbeschreibungen ihrer inhaltlichen Tätigkeit in der „naturalistischen Praxis“, kann man sich Therapiemethodenvergleiche sparen. Psychotherapeuten, die ein *Verfahren* nach Expertenurteil auf Basis von Therapievideos *besonders gut umsetzen*, waren schlechteren Umsetzern beim Therapieergebnis nur marginal überlegen (Meta-Analyse über 18 Studien mit 633 Patienten; Webb et al. 2010; 0,5 % Varianzaufklärung). Die Geschichte der Psychotherapieforschung wie der Medizin insgesamt zeigt, dass sich Kliniker mitunter jahrzehntelang in der Annahme

» Eine umstrittene Methode ist EMDR. «

irren können, welche *spezifischen Therapiekomponenten* das wirksame Agens darstellen.¹¹ So schrieben Verhaltenstherapeuten ab den 1950ern bei der „Systematischen Desensibilisierung“ die Wirkung von Angstkonfrontationstherapien stark der zeitgleich dargebotenen Elementen zu: der progressiven Muskelentspannung, dem gestuften Vorgehen und der sorgsamsten Beachtung, dass der Patient möglichst jede Konfrontationsstufe angstfrei bewältigen sollte. „Reizüberflutungstherapeuten“ ab den späten 1970ern belegten dagegen, dass – mit Ausnahmen¹² – fast das Gegenteil deutlich erfolgversprechender und nachhaltiger

war: Keine Entspannungsmethoden durchführen, möglichst viel und möglichst schnell Angst erleben. In der aktuellsten Meta-Analyse von Bell et al. (2013; siehe auch Ahn und Wampold 2001 und Emmelkamp et al. 2014) über 30 Studien mit 871 Patienten wurden *keinerlei Belege* für irgendwelche notwendigen spezifischen Verfahren in Bezug auf das Therapieergebnis gefunden. Beispielsweise war in der berühmten KVT-Studie von Jacobson et al. (1996) die kognitive Therapie nach A. Beck ohne die Kernkomponente der „kognitiven Umstrukturierung“ (Herausarbeitung und Änderung von „dysfunktionalen“ depressiv „machenden“ Gedanken mit dem Patienten) genauso wirksam wie pure Verhaltensaktivierung ohne jede kognitive Technik.

Eine extrem umstrittene Methode, die jüngst für PD-Therapeuten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie zugelassen wurde (!), ist „*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*“ (EMDR). Die Wirkung beruht angeblich auf einer „bilateralen Stimulation“. Diese soll dadurch geschehen, dass der Trauma-Patient in einer Technikvariante z. B. dem sich von links nach rechts bewegenden Finger des Therapeuten

folgt, während er sich zugleich die traumatische Situation vorstellt. Die Wirksamkeit von EMDR ist unbestritten, auch galt EMDR früh als EST (z. B. Watts et al. 2013). Jedoch wurde die Annahme, dass die „bilaterale Stimulation“ mit dem Erfolg der Therapie etwas zu tun hat, von Kritikern bereits früh u. a. als „Mesmerismus“¹³ verhöhnt. Inzwischen liegen dutzende Dismantling-Studien vor, welche allesamt nachwiesen, dass vom „EMD“ nur das „R“ berechtigt ist, die „Reprocessing-Komponente“ der Exposition (Engelhardt 2012; Lohr et al. 2015). Das bedeutet: Für die Wirksamkeit reicht es völlig aus,

wenn der Therapeut beim Trauma-Patienten auf *irgendeine* Form mittelgradiger „Ablenkung“ (bspw. Atmung) achtet, die sein Wegdriften aus der Realität verhindert! Ein solches Vorgehen ist bei allen KVT-Expositions-Verfahren für Trauma und Angststörungen Routine. Auf der Basis dieser Befunde wirkt der aggressiv vermarktete Anspruch der EMDR-Institute hinsichtlich Wirksamkeit und Exklusivität wie ein Hohn auf die Gutgläubigkeit und den Geldbeutel von Ausbildungskandidaten bzw. Therapeuten¹⁴. Ebenso unspezifisch sind die modischen „energetischen“ und „Klopf“-Therapien (Pignotti, Thyer 2015): Nichtsdestotrotz wurden diese jüngst im Organ der deutschen psychologischen Richtlinienpsychotherapeuten völlig unkritisch von ausgebildeten KVT-Therapeuten angepriesen! (Eschenröder, 2014; Schubbe, 2014). Ein kurzer Blick auf Youtube-Clips („Energietherapie“, „Klopftherapie“, „Brainspotting“ usw.) offenbart das Verschwimmen solcher Ansätze mit absurdesten esoterischen Methoden und Theorien wie den bereits bei der Akupunktur widerlegten „Meridianbahntheorien“. Die einzige spezifische Wirkkomponente, die inzwischen sogar von den härtesten Kritikern anerkannt wird, ist Konfrontationstherapie bei Phobien (übertriebenen Ängsten) und Zwängen (Emmelkamp et al. 2014, Laska et al. 2014).

Dodo oder nicht Dodo? Unterschiede zwischen Therapieverfahren

Wohl den meisten Therapeuten ist es ein inniges Anliegen, „ihre“ Therapieschule möge zumindest so wirksam wie der Goldstandard oder gar überlegen sein. Deutlich wird dies in den seit Jahrzehnten durchgeführten tausende „Horse-Races“ zwischen den Therapieorientierungen. Dutzende diesbezügliche Meta-Analysen erbrachten entweder eine Überlegenheit von KVT-Methoden über alle anderen Methoden¹⁵ oder die globa-

le Wirksamkeitsäquivalenz aller Methoden nach Konstanzhaltung der Forscherüberzeugung (z. B. Baardseth et al. 2013; Wampold 1997). Letzteres wird seit Rosenzweig (1936) das „Dodo-Verdikt“ genannt. Der Name stammt aus einer Episode im Roman „Alice im Wunderland“, in dem der Vogel Dodo nach einem Wettlauf verkündet, „alle hätten gewonnen und jeder bekäme einen Preis!“. Inhaltlich geht es im Mittel über alle psychischen Störungen ca. um 10 von 100 Patienten (55 vs. 45 von 100), denen man mit KVT-Methoden wirksamer helfen könnte im Vergleich zu Nicht-KVT Methoden, gegeben die Schätzung des Unterschiedes $d = 0.2$ zwischen VT zu Bona-Fide-Nicht-KVT hätte Bestand (Marcus et al. 2014).

Folgende Fakten sind unstrittig:

1. In allen Therapievergleichsstudien bei nahezu allen Störungsbildern bestimmen KVT-Methoden die Messlatte der wirksamsten Therapien, den Goldstandard. Es geht folglich nur darum, ob einzelne andere Verfahren den Goldstandard innerhalb des Messfehlers erreichen können.
2. KVT-Methoden haben von allen Verfahren das mit Abstand größte empirisch belegte Wirkungsspektrum über den größten Teil von psychischen und psychosomatischen Störungen (Hofmann et al. 2012; Kröner-Herwig 2004; Margraf 2009; Roth, Fonagy 2005).
3. KVT-Methoden sind mindestens 10- bis 50-mal so häufig gesichert wie die Methoden aller übrigen Therapieverfahren (Grawe et al. 1994). In den Meta-Analysen werden sehr häufig nur verschiedene KVT-Methoden untereinander verglichen!¹⁶
4. KVT-Methoden sind mehrheitlich die ökonomischsten gesicherten Verfahren, d.h. sie dauern kürzer und wirken schneller als die übrigen untersuchten Psychotherapien¹⁷.
5. Es gibt unter den bisher untersuchten Psychotherapien keine

nachhaltigeren, d.h. die Hypothese, dass „tiefergehende“ Psychotherapien langanhaltendere Erfolge bewirken würden, harrt der empirischen Fundierung.¹⁸

Zentrale ausgewählte Gegenargumente gegen das Dodo-Verdikt

1. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei ca. 300 psychischen Störungsbildern alle 600 Therapieformen gleich gut wirken, liegt nahe bei Null (180 000 Vergleiche; Lilienfeld et al. 2013); Dodo ist ein Artefakt von Meta-Analysen, die alle Störungsbilder und Instrumente gemischt untersucht haben (Siev, Huppert 2014), d.h., die quasi einen „verbissenen Kampf um die Verteidigung der Dodo-Nullhypothese“ führen würden.
2. Wenn überhaupt, dann gilt Dodo nur für die wenigen, bisher empirisch untersuchten Therapien (maßgeblich KVT-Methoden), nicht für alle nicht Untersuchten (Lilienfeld et al. 2013).
3. Wären alle Therapien gleich gut, sollten sie konsequent von gering bezahlten, empathischen, motivierten und von ihrer Methode überzeugten Praktikern durchgeführt werden, deren Berufsausbildung irrelevant ist (Rounsaville, Carroll 2002); auch jegliche unseriöse „Ritualtherapie“ wäre als „bona-fide-treatment“ zu bezahlen! (Hofmann, Barlow 2014)
4. Dass in einigen wenigen Meta-Analysen Dodo gilt, lässt keinen Rückschluss auf gemeinsame CF als Erklärung zu. Es bedeutet lediglich, dass die Wirkung der Techniken der Bedingungen gleich hoch sind (z. B. Exposition bei Trauma; Asnani, Foa 2014); CF müssen in RCTs untersucht werden!
5. Psychotherapie wird bezahlt, um



Alle Wettbewerber gewinnen: Das klappt nur im Wunderland. Abbildung: John Tenniel, Wikimedia Commons

psychische Störungen zu behandeln – das Hauptaugenmerk muss deshalb auf primäre Erfolgskriterien dieser Störungen gelegt werden, wo KVT-Überlegenheit besteht (Marcus et al. 2014).

6. Zentrales Kriterium für die Messung der Kausalwirkung einer Methode muss der Vorher-Nachher-Kontrollgruppenvergleich des Therapieerfolgs sein, da im Nachuntersuchungszeitraum vielfältigste unkontrollierbare Bedingungen eintreten. Hier sind KVT-Methoden häufiger überlegen (Marcus et al. 2014).
7. Ältere Studien sind weniger aussagekräftig als jüngere, da dort häufig keine reliable Diagnostik psychischer Störungen durchgeführt und die Drop-Out-Vorgänge unzureichend beschrieben wurden (Altman et al. 2001).
8. CF sind kaum trainierbar, man kann sie aus ethischen Gründen schwerlich randomisiert untersuchen (z. B. Baker, McFall 2014).
9. Wampolds Meta-Analyse umfasste auch viele nicht klinische Stichproben aus Beratungskontexten, sie ist deshalb für die Praxis der Psychotherapie nur teilweise aussagekräftig (Margraf 2009, S. 54).

KOLUMNE

Alter Käse

Trotz vieler technischer Möglichkeiten kann niemand die Teilnehmerzahl großer Veranstaltungen valide schätzen. Die Teilnehmer einschlägiger Versammlungen in Dresden dürfte das wenig interessieren, haben sie doch meist eine eigene Sicht auf die Dinge. Ähnlich wie mit Alienbesuchen, der Existenz von Chemtrails und der Wirksamkeit von Akupunktur verhält es sich nämlich mit der Islamisierung des Abendlandes. Theoretisch ist sie denkbar, aktuell jedoch unrealistisch und echte Belege fehlen. Trotzdem treibt sie besorgte Bürger auf die Straße. Und ähnlich wie bei Aliens, Chemtrails und Akupunktur, gibt es unter den besorgten Bürgern verschiedene Fraktionen, deren Ansichten sich gegenseitig widersprechen und ausschließen. Doch Chemies streiten sich in der Regel auch nicht darum, ob die Chemtrails Nervengas ausbringen oder Terraforming dienen. Einig sind sie sich jedoch darin, dass interessierte Kreise versuchen, das Volk auszurotten. Ein gemeinsamer Feind verbindet eben. Die besorgten Bürger lassen sich durch sachliche Kritik nicht beirren. Kritiker der besorgten Bürger machen ähnliche Erfahrung, wie Kritiker der Anhänger von Aliens, Chemtrails und Akupunktur: Je fundierter die Kritik, desto enger rücken die besorgten Bürger zusammen. Ich habe jetzt aufgegeben! Aus der Not eine Tugend machend, steige ich ins Geschäft ein und verkaufe Engelesenzen mit der atlantidischen Kraft der Arier gegen die Islamisierung des Abendlandes. Der Preis liegt zwischen 19,33 € und 19,45 €.

Jan Oude-Aost

10. Im Kinder-/Jugendbereich sind KVT-Methoden viel umfangreicher untersucht und überlegen (z. B. bei Autismus, Bettnässen, ADHS; Emmelkamp et al. 2013; Lilienfeld et al., 2015; Margraf 2009, S. 54; dagegen: Miller et al. 2008; Spielmans et al. 2007).

Rahmenbedingungen/Training

Die *therapeutische Erfahrung* spielt nach mehreren Meta-Analysen und Reviews *keinerlei Rolle* im Therapieergebnis, weder in der Einzel- noch in der Gruppenpsychotherapie (Burlingame et al. 2013; Hill, Knox 2013, S. 797; Leon et al., 2005; Tracey et al. 2014). Begründet wird dies damit, dass Psychotherapeuten sehr selten objektives Feedback über ihre Leistung z. B. durch Prozessfeedbacks (Testverfahren) erhalten (bzw. erhalten wollen!), dass Anfänger engagierter und enthusiastischer seien und dass es schlicht von Natur aus bessere bzw. schlechtere Therapeuten gibt, was kaum maßgeblich beeinflussbar sei. Diese Befunde scheinen gleichermaßen für Ärzte zu gelten (z. B. Burns, Wholey 1991) und vermutlich auch für andere psychosoziale Berufsgruppen.

Unter *Supervision* versteht man im psychosozialen Kontext die Beratung durch Fachkollegen. Fallbezogene Supervision ist bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in der Ausbildung vorgeschrieben. Hill und Knox (2013) resümieren eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Supervision. Gleichzeitig sprechen die Teilnehmer ihr hohe bis höchste subjektive Bedeutung zu (Strauß et al. 2009). Die Supervidierten erleben sich subjektiv motivierter, bewusster, autonomer und selbstwirksamer, aber es liegt kaum objektivierende Forschung vor. Der Zusammenhang des Supervisionsausmaßes mit dem Therapieerfolg von Patienten ist unklar, kausal interpretierbare Studien werden weitgehend vermisst (einzige Ausnahme: Bambling et al. 2006). Zudem

sind nicht seltene schädliche Nebenwirkungen belegt.

Sich selbst zu erfahren, seine „blinden Flecken“ zu erkennen und Ähnliches gehört seit Sigmund Freuds Zeiten zu vielen Psychotherapieausbildungen. Mindestens 120 Stunden *Selbsterfahrung* sind verpflichtend in der Weiterbildung zum Richtlinienpsychotherapeuten oder für entsprechende Facharzttitle in Deutschland. Seit einiger Zeit wird dieser Baustein massiv angegriffen; sei es als uneffektives „Relikt vorwissenschaftlicher Therapien“ (Sartory 2009) oder im Gruppen-setting als „unethisch“ (Kindt, Berger 2009). International spielt Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung fast keine Rolle mehr. Zusammengefasst sind Ausbildungskandidaten sehr (KVT) bis höchst (PD) zufrieden mit Selbsterfahrung bzw. Lehranalyse und finden sie äußerst (PD) bzw. mittelgradig (KVT) wichtig (Laireiter 2014; von Sydow 2014). Bezogen auf Verbesserungen von Teilnehmerfertigkeiten bzw. ihrer Persönlichkeit lassen sich leichte bis mittelgradige Effekte auch mit objektivierbarer Methodik abbilden (Laireiter 2000). Allerdings wurde in zahlreichen Studien noch nie ein Zusammenhang mit dem Therapieerfolg der Patienten gefunden. Ebenso wie in der Supervision finden sich bei etwa 15–40 % der Auszubildenden klare Hinweise auf negative Effekte oder schädliche Nebenwirkungen (Laireiter 2000). Psychotherapeuten unterliegen einer Vielzahl an Urteilsfehlern (Garb, Boyle 2015). Sie können den Therapieerfolg deutlich schlechter vorhersagen als die Patienten selbst; merken oft nicht, wann eine Behandlung schlecht läuft; fragen zu selten nach, ob es dem Patienten wirklich besser geht (Cooper 2008). Zudem überschätzen sich die meisten gnadenlos. 90 % glauben, sie gehören zu den besten 25 %. Fast die Hälfte ist überzeugt, dass es keinem (!) ihrer Patienten nach ihrer Therapie schlechter gehe, obwohl es in allen Therapien im Schnitt bei mindestens 5–10 % der

Patienten zu signifikanter Verschlechterung kommt! 97% halten sich für akzeptierend, 91 % für engagiert, 90 % für tolerant und 88 % für warmherzig (Walfish et al. 2012). Erhalten Therapeuten systematisch *Test-Feedbacks über ihre Prozessergebnisse* im Therapieverlauf, steigert dies den Therapieerfolg, weil sie auf problematische Verläufe hingewiesen werden (5–11 % Varianzaufklärung; Chow 2014).

Viele kontrollierte Studien untersuchten den Unterschied der Wirksamkeit zwischen *Einzel- und Gruppenpsychotherapie* (Burlingame et al. 2013) und fanden über fast alle psychischen Störungen keine Unterschiede im Therapieergebnis außer bei Patienten mit PTBS.

Unstrittig ist, dass allein aufgrund von Spontanremissionseffekten und der Regression zur Mitte bei normabweichenden Werten *Therapien mit längerer Dauer* durchschnittlich erfolgreicher sein müssen (Mestel 2014). Sowohl in ambulanten als auch stationären Psychotherapien kann der Therapieerfolg über die Zeit als „negativ akzelerierte Kurve“ (zu Beginn starke

gut wie keine kausal interpretierbaren Studien vor.

Während ambulante Psychotherapieeffekte durchschnittlich mit $d = 0.82$ geschätzt werden, kann man stationäre kurzfristige Effekte mit dem Rückgang der Globalsymptome etwa auf $d = 0.71$ schätzen (Akut-Kliniken: Liebherz, Rabung 2013; Reha-Kliniken: Steffanowski et al. 2007). D.h., in etwa 5- bis 10-wöchiger stationärer Therapie wird ähnlich viel erreicht wie in etwa 1- bis 2-jähriger ambulanter Psychotherapie (*Setting-Unterschied* $d = 0.1$ entsprechend 0,25 % Varianzaufklärung).

Symptomskalen und Therapeutenurteile erzeugen im Mittel höhere Effektstärken als stabilere Persönlichkeitsmerkmale (Nicht-Symptomskalen) oder Patientenurteile (Unterschied im Mittel $d = 0.2$, Varianzaufklärung ca. 3%; Ogles 2013, S. 146; Wittmann, Matt 1986).

Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie

Über alle Orientierungen und Settings wird in Meta-Analysen geschätzt, dass im Mittel 5–10 % der Patienten schlechter aus ambulanten oder stationären Psychotherapien herausgehen,

als sie hereingekommen sind. Auch weist Psychotherapie mitunter erhebliche und häufige unerwünschte Nebenwirkungen auf (Linden, Strauss 2012). Eine vielbeachtete Liste schädlicher Psychotherapieverfahren lieferte Lilienfeld (2007), dessen kritisches Buch zur klinischen Psychologie und Psychotherapie zur verpflichtenden Grundlektüre jedes Psychotherapeuten und Studenten der klinischen Psychologie gehören sollte (Lilienfeld, Lynn, Lohr 2015).

Fazit

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aus dem skizzierten Stand über

tausende Studien zur Wirkfaktorenforschung ziehen, wenn die Kernkriterien die möglichst ökonomische und wirksame psychotherapeutische Versorgung sind?

Dort, wo es ausdrücklich nachgewiesen ist, sollten „überlegene“ ESTs angewendet und von den Kostenträgern erstattet werden (z.B. KVT bei Zwangsstörungen). Ein weiteres Ziel wäre die Optimierung allgemeiner Wirkfaktoren in allen Ausbildungen und deren Training.

Die etwa 90 % Patienten mit anderen psychischen Störungen sollten von Psychotherapeuten mit beliebigen Verfahren behandelt werden. Diese Therapeuten müssten sich dazu verpflichten, ihre Schadens- bzw. Unwirksamkeitsquote von einem unabhängigen Institut evaluieren zu lassen – Therapeuten, die tolerierbare Schadensquoten von 5–10 % bei mindestens durchschnittlichen Effektstärken aufweisen, gelten als „evidenzbasierte Psychotherapeuten“ (EBPT). Primäres Zielkriterium wäre die Reduktion der krankheitswertigen Symptomatik, da diese gut messbar und mit allen übrigen Kriterien hochgradig interkorreliert ist. Als EBPT wären prinzipiell alle Berufsgruppen zugelassen (vgl. Hill, Knox 2013, S. 799) nach Absolvierung eines Ausbildungscurriculum in einer beliebigen Psychotherapieorientierung²⁰. Zur Konsolidierung der Wirksamkeit wären für diese Therapeuten Anreize für Weiterbildungen in *modularer*, evidenzbasierter Psychotherapie zu schaffen (Weisz et al. 2012). Psychotherapie-Ausbildungsstätten sollten forcierter frühzeitig solche Kandidaten ausschließen, die aufgrund empirisch entwickelter Kriterien deutlich ungeeignet sind. Ein drängendes Thema der Zukunft wird sein, wie konkret mit Psychotherapeuten umzugehen ist, die *nach* ihrer Zulassung dauerhaft untragbare Schadens- bzw. Stagnationsquoten erzielen (Willutzki et al. 2013). Zudem bliebe das bisherige Gebot der freien Therapeutenwahl durch den Patienten

» *Neun von zehn Therapeuten glauben, sie gehören zu den besten 25 Prozent.* «

Fortschritte, dann bei gleicher „Dosis“ immer geringere) beschrieben werden. Der Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem globalen Symptomrückgang betrug im stationären Bereich um $r = .1$ ($n = 14.636$ Reha-Psychosomatik-Patienten und 2600 Akut-Psychosomatik-Patienten, Mestel 2015¹⁹; vgl. auch Mestel et al. 2000b). Beutler et al. (2004, S. 271ff.) fanden in ihrem Literaturreview ebenso eine Korrelation über fünf ambulante Psychotherapie-Studien von $r = .11$ und deutliche Hinweise auf moderierende Variablen wie z.B. den Störungsschweregrad. Aus ethischen Gründen liegen bislang so

ten mit dem Angebot der bestmöglichen und dabei ökonomischsten Therapie zu vereinbaren.

Zur Rechtfertigung und Optimierung des Systems wären Allegiance-kontrollierte, störungsspezifische „Königs-RCTs“ mit den Bedingungen „EST-Therapeut“ vs. „EBPT-Therapeut“ durchzuführen! Ergäbe sich dann repliziert eine Wirkungsäquivalenz zwischen den Bedingungen, bräuchte man nur noch die Schadensquoten von EBPT als Regulativ prüfen! Zusätzlich wären umfassende Evaluationen von aktuellen länderspezifischen Psychotherapie-Versorgungssystemen gemäß ökonomischer und psychotherapeutischer Kriterien aus Perspektive der Patienten, Therapeuten und Volkswirtschaft durchzuführen (z. B. Österreich, Deutschland, England). ☞

Literatur

- Ahn, H.; Wampold, B. E. (2001): Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* 48 (3), 251–257.
- Asnaani, A.; Foa, E. B. (2014): Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy*, Vol 51 (4), 487–490.
- Baardseth, T. P.; Goldberg, S. B.; Pace, B. T.; Wislocki, A. P.; Frost, N. D.; Siddiqui, J. R.; Lindemann, A. M.; Kilvighan, D. M. 3rd; Laska, K. M.; Del Re, A. C.; Minami, T.; Wampold, B. E. (2013): Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clin Psychol Rev.*, 33 (3): 395–405.
- Baker, T. B.; McFall, R. M.; Shoham, V. (2009): Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the public Interest*, 9 (2), 67–103.
- Baldwin, S. A.; Imel, Z. E. (2013): Therapist Effects. In: Lambert, M. J. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6. Aufl., John Wiley & Sons, New York, 258–297.
- Bell, E. C.; Marcus, D. K.; Goodlad, J. K. (2013): Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *J Consult Clin Psychol.*, 81 (4): 722–36.
- Berger, T. (2014): Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Reihe Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Berman, J. S.; Norton, N. C. (1985): Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, Vol 98(2), 401–407.
- Bohart, A. C.; Wade, A. G. (2013): The Client in Psychotherapy. In: Lambert, M. J.; Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6. Aufl., John Wiley & Sons, New York, 219–257.
- Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Joyce, A. S. (2013): Change Mechanisms and Effectiveness of Small Group Treatments. In: Lambert, M. J. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6. Aufl., John Wiley & Sons, New York, 640–689.
- Chambless, D. L.; Hollon, S. D. (1998): Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.*, 66(1):7–18.
- Chow, D. (2014): The study of supershrinks: Development and deliberate practices of highly effective psychotherapists. Doctor Thesis Curtin University.
- Cohen, J. (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2. Aufl., Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Crits-Christoph, P.; Gibbons, M. B. C.; Crits-Christoph, K.; Narducci, J.; Schamberger, M.; Galopp, R. (2006): Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16 (3), 268–281.
- DeRubeis, R. J.; Gelfand, L. A.; German, R. E.; Foranier, J. C.; Forand, N. R. (2014): Understanding processes of change: How some patients reveal more than others – and some groups of therapists less – about what matters in psychotherapy. *Psychother Res.* 2014; 24 (3): 419–428.
- Engelhard, I. M. (2012): Making science work in mental health care. *Eur J Psychotraumatol.* 2012; 3: doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18740.
- Eschenröder, C. T. (2014): Wie wirksam sind Techniken der Energetischen Psychotherapie, die Exposition mit sensorischer Stimulierung verbinden? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 149–156.
- Frank, J. D.; Frank, J. B. (1991): *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, 3. Aufl., Johns Hopkins University, Baltimore MD.
- Garb, H. N.; Boyle, P. A. (2015): Understanding why some clinicians use pseudoscientific methods. Findings from research on clinical judgement. In: Lilienfeld, S. O.; Lynn, S. J.; Lohr, J. M. (Hrsg.): *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press, New York, 19–41.
- Gaudiano, B. A.; Dalrymple, K. L.; Weinstock, L. M.; Lohr, J. M. (2015): The Science of Psychotherapy: developing, testing and promoting evidence-based treatments. In: Lilienfeld, S. O.; Lynn, S. J.; Lohr, J. M. (Hrsg.): *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press, New York, 155–190.
- Hill, C. E.; Knox, S. (2013): Training and supervision in psychotherapy. In: Lambert, M. J.; Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6. Aufl., John Wiley & Sons, New York.
- Hofmann, S. G.; Asnaani, A.; Vonk, I. J. J.; Sawyer, A. T.; Fang, A. (2012): The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.*, 36 (5): 427–440.
- Hofmann, S. G.; Barlow, D. H. (2014): Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, Vol 51 (4), 510–513.
- Kiesewetter, K.; Kiesewetter C. (2010): *Franz Anton Mesmer's Leben und Lehre: mit einer Vorgeschichte des Mesmerismus, Hypnotismus und Somnambulismus*. Bohmeier, Leipzig.
- Kindt, H.; Berger, M. (2009): Selbsterfahrung – essenziell oder verzichtbar? *Neurotransmitter*, 3, 12–14.
- Knaevelsrud, C.; Maercker, A. (2007): Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 19, 7:13.
- Laireiter, A. (2009): Zur funktionalen Äquivalenz von Sozialer Unterstützung und Psychotherapie. In Röhrle, B.; Laireiter, A. R. (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und Psychotherapie*, DGVt-Verlag, Tübingen, 123–225.
- Laska, K. M.; Gurman, A. S.; Wampold, B. E. (2014): Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy (Chic)*, 51 (4): 467–81.
- Lieberherz, S.; Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 63, 355–364.
- Lilienfeld, S. O.; Ritschel, L. A.; Lynn, S. J.; Cautin, R. L.; Litzman, R. D. (2013): Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clin Psychol Rev.*, 33(7): 883–900.
- Lilienfeld, S. O. (2007): Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53–70.
- Linden, M.; Strauss, B. (2012): *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Lohr, J. M.; Gist, R.; Deacon, B.; Devilly, G. J.; Varker, T. (2015): Science- and Non-Science-Based Treatments for Trauma-Related Stress Disorders. In: Lilienfeld, S. O.; Lynn, S. J.; Lohr, J. M. (Hrsg.): *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press, New York, S. 277–321.
- Marcus D. K.; O'Connell, D.; Norris, A. L.; Sawaqdeh, A. (2014): Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clin Psychol Rev.*, 34 (7): 519–30.
- Margraf, J. (2009): *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturschau*. Heidelberg: Springer Medizinverlag.
- Mestel, R. (2014): Wirkfaktoren in der (Richtlinien-) Psychotherapie. Teil 1. *Skeptiker*, 4, 4–15.
- Mestel, R. (2015): Zusammenhänge zwischen Therapie-dauer und stationärem Therapieerfolg (GSI-Differenz) bei allen Akut- und Rehabilitationspatienten der HELIOS Klinik Bad Grönenbach von 1993–2013 mit vollständigen prä und post Datensätzen. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Miller, S. D.; Hubble, M. A.; Chow, D. L.; Seidel, J. A. (2013): The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50 (1), 88–97.
- Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2011b): Evidence-based therapy relationships. In: Norcross, J. C. (Hrsg.): *Relationships that work*, 2. Aufl. Oxford University Press, Oxford.
- Norcross, J. C. (Hrsg.) (2011): *Relationships that work*, 2. Aufl., Oxford University Press, Oxford.
- Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2011a): Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1): 4–8.
- Norcross, J. C.; Wampold, B. E. (2011): Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, Vol 48(1), 98–102.
- Pignotti, M.; Thyer, B. A. (2015): New Age and related novel unsupported therapies in mental health practice. In: Lilienfeld, S. O.; Lynn, S. J.; Lohr, J. M. (Hrsg.): *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press, New York, S. 191–209.
- Rogers, C. (1981): *Der neue Mensch* (10. Auflage 2015). Klett-Cotta, Stuttgart.
- Röhrle, B.; Laireiter, A. R. (2009) (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und Psychotherapie*. Tübingen: DGVt-Verlag, Tübingen.
- Röhrle, B.; Strouse, J. (2009): Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den psychotherapeutischen Erfolg – eine Meta-Analyse. In Röhrle, B.; Laireiter, A. R. (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und Psychotherapie*. DGVt-Verlag, Tübingen, 277–296.
- Roth, A.; Fonagy, P. (2005): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, 2. Aufl., Guilford Press, New York.
- Safran, J. D.; Muran, J. C.; Eubanks-Carter, C. (2011): Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48:1, 80–87.
- Sartory, G. (2009): Macht Selbsterfahrung bessere Psychotherapeuten? *Verhaltenstherapie*, 19, 53–55.
- Saxon, D.; Barkham, M. (2012): Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *J Consult Clin Psychol.*, 80 (4):535–46.
- Schubbe, O. (2014): EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 156–163.
- Siev, J.; Huppert, J.; Chambless, D. L. (2009): The Dodo Bird, treatment technique, and disseminating empirically supported treatments. *The Behavior Therapist*, 32 (4), 69, 71–76.
- Steffanowski, A.; Löschmann, C.; Schmidt, J.; Wittmann, W. W.; Nübling, R. (2007): *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Huber, Bern.

Strupp, H. H.; Hadley, S. W. (1979): Specific vs Non specific Factors in Psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 36, 1125–1136.

Tracey T. J.; Wampold, B. E.; Lichtenberg, J. W.; Goodyear, R. K. (2014): Expertise in psychotherapy: an elusive goal? Am Psychol., 69(3):218–29.

von Sydow, K. (2014): Psychotherapeuten und ihre psychischen Probleme. Forschungsstand zu einem Klischee. Psychotherapeut, 59(4), 283–292.

Walfish, S.; McAlister, B.; O'Donnell, P.; Lambert, M. J. (2012): An investigation of self-assessment bias in mental health providers. Psychol Rep., 110(2): 639–44.

Wampold, B. E.; Mondin, G. W.; Moody, M.; Stich, F.; Benson, K.; Ahn, H. (1997): A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." Psychological Bulletin, 122(3), 203–215.

Wampold, B. E.; Imel, Z. E. (2015): The great psychotherapy debate. 2. Aufl., Lawrence Erlbaum, New York.

Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate. Lawrence Erlbaum, New York.

Weisz, J. R.; Chorpita, B. F.; Palinkas, L. A.; Schoenwald, S. K.; Miranda, J.; Bearman, S. K.; Daleiden, E. L.; Ugueto, A. M.; Ho, A.; Martin, J.; Gray, J.; Alleyne, A.; Langer, D. A.; Southam-Gerow, M. A.; Gibbons, R. D.; Research Network on Youth Mental Health (2012): Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. Arch Gen Psychiatry, 69 (3): 274–82.

Willutzki, U.; Reinke-Kapfenstein, B.; Hermer, M.: Ohne Heiler geht es nicht. Bedeutung von Psychotherapeuten für Therapieprozess und -ergebnis. Psychotherapeut 2013; 58 (5): 427–37.

1 In manchen Studien werden gar Effektstärken um $d = 2.0$ gefunden, was jedoch meist mit einer künstlichen Verengung der Patientenspreuung durch enge Einschlussbedingungen zu erklären ist (Mestel et al. 2000a).

2 Randomized Controlled Trial (RCT): Versuchspersonen werden per Zufall auf spezifische zu untersuchende Bedingungen (z. B. Behandlungen, Therapeutenverhalten) aufgeteilt. Kausalschlüsse über spezifische Wirkungen sind möglich durch Variation dieser Bedingungen, während die übrigen Merkmale nach dem Zufallsprinzip auf die Versuchsgruppen aufgeteilt werden.

3 Der wichtige Ausdruck „Bona-Fide-Psychotherapie“ wurde vor allem im Zuge der Meta-Analyse von Wampold (1997) populär. Gemeint sind alle Formen von Psychotherapie, die von Behandelern für wirksam gehalten werden. Dagegen kann man bei „Placebo-Psychotherapie“ von Beginn an nicht von einer optimierten Therapiedarbietung ausgehen.

4 Medikation wirkt in der Akutphase bei Angst-/Zwangserkrankungen und Depressionen etwa im Mittel mit $d = 0.8$, bei Trauma-folgestörungen, somatoformen, Ess- und Persönlichkeitsstörungen jedoch eher mit $d = 0.4$. Die Effekte von Beratungen werden vergleichbar mit den Effekten von „Laien Helfern“ oder Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) im Mittel mindestens auf $d = 0.6$ geschätzt (Gunzelmann et al., 1987, S. 371).

5 Begriffe wie „heilsam“ oder „Heiler“ werden in Anführungsstriche gesetzt, da sie angesichts der deutlich höheren Varianzaufklärung durch extratherapeutische Faktoren anmaßend bis narzisstisch erscheinen.

6 Nach einer Vorbereitung wird der Patient gestuft oder zügig mit der Situation, dem Auslöser konfrontiert, der ihm Angst bereitet. Ziel ist eine positive Bewältigungserfahrung.

7 In Deutschland v.a. AWMF-Leitlinien

8 In acht Studien sagte die Allianz kausal un-

abhängig von der bisweiligen Symptombesserung das Ergebnis vorher, allerdings nur noch im Mittel mit $r = .11$ (de Rubeis et al., 2014). Somit tragen frühe Symptombesserungen auch zur besseren Allianz bei, der kausale Wert der Allianz für das Ergebnis ist marginal.

9 Zu diesen wichtigen Entwicklungszusammenhängen gibt es leider m. E. nahezu keine Forschung.

10 Die Manualtreue wird in der Regel von externen Experten durch zufällig ausgewählte Videos von Therapiesitzungen gemäß Adhärenz-Skalen geprüft. Bei größeren Psychotherapiestudien, in dem Treatments verglichen werden, ist dieses Vorgehen verpflichtend (z. B. Sophonet-Studie, Leichsenring et al. 2014).

11 z. B. Überzeugung von präfrontaler Lobotomie (chirurgischer Eingriff z. B. bei Schizophrenen) „aus klinischer Erfahrung“ vs. gegenteiliger empirischer Evidenz (Lilienfeld et al. 2013, S. 888)

12 Ausnahmen: Gestuftes Vorgehen ist wirksamer bzw. angemessener bei: Sozialen Ängsten, Trauma bedingten Ängsten (v.a. Konfrontationsübungen in der Wirklichkeit), wenn der Patient für Reizüberflutung (Flooding) unmotiviert ist und abbrechen würde, sowie möglicherweise bei sogenannten „strukturellen Störungen“ (z. B. Borderline-Störung). Entspannungsverfahren können bei „Fixierungängsten“ wie Autofahren, Fliegen, Kernspin, Blutabnahmen, Zahnbehandlung helfen.

13 Der deutsche Arzt Franz Anton Mesmer (1734–1815) nahm irrtümlich an, „tierischer Magnetismus“ sei für seine hypnotischen Heilerfolge verantwortlich (Kiesewetter, Kiesewetter 2010). Der Autor war Anfang der 1990er Jahre selbst Zeuge von Vorträgen, in denen sich Psychotherapie-Ikonen wie Reinhard Tausch (Mentor der deutschen Gesprächspsychotherapie) und Joseph Wolpe (Mitbegründer der KVT) zutiefst von EMDR-Wirkungen überzeugt zeigten!

14 Der EMDR- oder auch der „Klopfftherapie“-Hype verdeutlicht m. E. die Sehnsucht vieler Therapeuten nach „schamanistischen Lösungen“, also dem Streben danach, ein „richtiger Heiler“ zu sein. Daneben werden wohl „Abwehrmotive“ genährt, darf man als PD Psychotherapeut nun erstmals – auch in der Richtlinienpsychotherapie! – eine maßgeblich wirksame KVT-Methode (Exposition mit den Traumainhalten) anwenden, ohne dies als KVT benennen zu müssen!

15 ca. 3% Varianzaufklärung zwischen KVT vs. bona-fide Nicht KVT Methoden: z. B. Hofmann, Barlow 2012, eine Mega-Analyse über 269 Meta-Analysen; Marcus et al. 2014; Tolin et al. 2010
16 Dies ist maßgeblich der Tatsache geschuldet, dass VT die „endogene“ psychologische Psychotherapiemethode ist und die psychologischen Fakultäten in Deutschland und weltweit inzwischen extrem dominiert (Mestel 2014). Von Psychologen geht zudem die meiste Psychotherapieforschung aus, während die Psychotherapie in der Medizin zunehmend in eine Nischenrolle gerät.

17 Natürlich behaupten einige Therapeuten/Forscher von Verfahren wie Neurolinguistischem Programmieren (NLP), systemisch-lösungsorientierten Therapien, Hypnotherapien, EMDR usw., ihre Methoden wirkten schneller als VT – allerdings ohne empirisch eindeutige Belege. Gleichmaßen ökonomisch wie KVT, aber weniger gut abgesichert sind auch EMDR oder Interpersonelle Psychotherapie der Depressi-

on. Pharmakotherapien wirken selbstverständlich meist schneller, ihr Problem bleibt jedoch das Wirkspektrum (z. B. kaum Wirkung bei Essstörungen oder PTBS) und die deutlich höhere Rückfallwahrscheinlichkeit nach Absetzen der Medikation im Vergleich zur Psychotherapie.

18 Bisweilen erheben z. B. Psychoanalytiker diesen Anspruch. Es ist m. E. beispielsweise unsinnig, 234-stündige Langzeitpsychoanalysen mit 45-stündigen KVT-Sitzungen zu vergleichen (Huber et al. 2012), um zu belegen, dass in der VT-Bedingung weniger Nachhaltigkeit erzielt wurde. Nach KVT waren drei Jahre nach Therapie 16/30 Patienten remittiert, nach PSA 24/30. Da die PSA 5,2-mal so teuer war (den Patientenaufwand, die Opportunitätskosten, unberechnet!), hätte man mit KVT hochgerechnet mit demselben Aufwand 83 Patienten bedeutsam gebessert im Vergleich zu nur 24!

19 Konkrete Pearson-Korrelationen (Beleg-tage mit prä-post-Differenz des Globalwertes der Symptomcheckliste 90-R) für Akut: $r = .086$ (Spearman: $r = .098$), für Reha $r = .097$ (Spearman: $r = .11$). Da schwerer Gestörte und Nicht-Ansprecher deutlich länger behandelt werden, sind Dauer und Schweregrad/Ansprechen stets konfundiert. Bei Berücksichtigung (Ausparialisierung) des Ausgangsschweregrads sinken die Korrelationen auf $-.04$ (Akut) bzw. $-.032$ (Reha). Widersprüchliche Ergebnisse brachten stationäre Meta-Analysen (Akut $r = -.18$; je länger behandelt, desto schlechter der Erfolg! (Liebherz, Rabung 2013; nachgerechnet von Rabung am 02.02.2015; Reha: Kleine positive Korrelation: Steffanowski et al. 2007).

20 Die Unterscheidung zwischen „Science based“ (vs. not) Psychotherapien bzw. seriösen vs. unseriösen ist müßig, da die CF einen viel zu großen Teil der Wirkvarianz erklären. Einzig die Schadens- und evtl. Abbruchquote sollte das „Outcome-Zielkriterium“ sein (vgl. Lilienfeld 2007).



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 Festhaltungstherapie, Bonding usw.). Sonstiges: Stigmatisierung von Homosexualität. Interessenkonflikte: VT-Ausbildung (Behandlung ambulanter Patienten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie); Mitarbeiter in privater Klinik mit vielen humanistisch 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.