

Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin

Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge

Volker Tschuschke

Zusammenfassung: Der Beitrag befasst sich mit der Frage, inwieweit die psychotherapeutische Situation mit dem medizinischen Modell und seinen inhärenten Forschungs-Paradigmata vereinbar ist. Die evidenzbasierte Medizin (EBM) fußt in ihrem wesentlichen Bestandteil, der randomisiert-kontrollierten Studie, auf Versuchsbedingungen, die der psychotherapeutischen Situation vollständig unangemessen sind. Nichtsdestoweniger benötigt psychotherapeutische Praxis empirisch-nomothetisch ermittelte Forschungsergebnisse, auf denen sie klinisch-praktisch aufbauen kann. Es wird die Position vertreten, dass eine solche Forschung realistisch durchführbar ist, insbesondere wenn sie hohe methodische Standards verwendet, Prozess-Ergebnis-Forschung in naturalistischen klinischen Settings durchführt und damit reale therapeutische Veränderungsprozesse erfasst.

1. Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie

Das Paradigma der *evidenzgestützten/-basierten Medizin (evidence based medicine = EBM; auch als empirically supported treatments = EST bezeichnet)* hat verstärkt seit den 90er Jahren begonnen, die Medizin zu verändern (Fonagy & Roth, 2004a). Davon betroffen ist auch die Psychotherapie. Vereinfacht und verkürzt ausgedrückt geht es um die Absicht einer ‚Verwissenschaftlichung‘ ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Handelns, wobei die klinische, individuelle Sicht des Arztes/ Psychotherapeuten durch zuverlässige, empirisch fundierte Studienergebnisse substantiell ergänzt werden soll (Sackett et al., 1997), die wesentlich auf *randomisiert-kontrollierten Studien (randomized controlled trials = RCT)* aufbauen (Zurhorst, 2003; Fonagy & Roth, 2004b; Leichsenring & Rüger, 2004), was die Debatte in der Psychotherapielandschaft ganz besonders anheizt, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Niemand würde heute noch als vernünftig angesehen werden, der sich empirisch

fundierter psychotherapeutischer Praxis widersetze. Der Wandel von einer „Eminenz- zur Evidenz-Basierung in der Psychotherapie“ (Zurhorst, 2003) ist zweifellos begrüßenswert und überlebensnotwendig. Diese Erkenntnis war lange Zeit nicht weit verbreitet, im Gegenteil gab es in der Vergangenheit vehemente Kritiken und Widerstände weiter Bereiche klinisch tätiger Psychotherapeuten, speziell aus dem psychoanalytischen Lager. Erst das „Diktat der Qualitätssicherung“ (Grawe, 2005), aber auch befeuert durch die spezielle Schulenwettstreit-Debatte im Zuge der Implementierung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland, führte zu einem Umdenken. Strittig allerdings ist, was unter ‚Wissenschaftlichkeit‘ und EBM zu verstehen ist.

2. EBM – ein ‚szientistisches Selbstmissverständnis‘ für die Psychotherapie?

Dieser von Jürgen Habermas stammende und häufig kolportierte Ausdruck wird auch im Rahmen der Debatte zur aktuellen Bedeutung der EBM/EST ins Spiel gebracht

(Zurhorst, 2003). An der EBM hängt, zur EBM drängt derzeit anscheinend alles in der medizinischen Forschungsdebatte. Innerhalb der Psychotherapie wird die Debatte seit einigen Jahren verschärft geführt, ob oder ob nicht das Paradigma der EBM/EST auch für die psychotherapeutische Behandlung Gültigkeit haben solle bzw. sogar haben müsse, ja, die zunehmende Intensität der Diskussion – die ja auch in diesem Journal in letzter Zeit breiten Raum erhalten hat – zeigt, dass hier ein ‚Nerv‘ des psychotherapeutischen Selbstverständnisses getroffen zu sein scheint.

Am löblichen Ziel, ärztliches bzw. psychotherapeutisches Handeln auf eine wissenschaftlich verlässlichere Basis zu stellen, ist im Grunde nichts zu kritisieren, es ist im Gegenteil zu begrüßen. Klinisch relevantes Handeln in medizinischen Tätigkeitsfeldern kann sich nicht auf subjektive Eindrücke alleine verlassen, wer wollte das heute eigentlich noch in Frage stellen?! Der Grundgedanke der EBM/EST fußt auf der Überlegung, dass ärztlich-individuelles Handeln wissenschaftliches mit praktischem Wissen **integrieren** soll und ist für sich genommen von jederman leicht zu unterschreiben.

„Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter medizinischer Verfahren. EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett, et al. 1997, S. 644).

Pro-Argumente (z.B. Chambless & Hollon 1998; Buchkremer & Klingberg 2001; Grawe 2005) führen die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Untermauerung praktisch-klinischen Handelns in der Psychotherapie – dem Wissenschaftsverständnis der EBM-Philosophie folgend – ins Feld. Die EBM-Philosophie lässt sich auf die Politik des mächtigen *NIMH* (*National Institute of Mental Health* in den USA, das die dortige Forschungspolitik bestimmt) zurückführen, die ihrerseits dem Paradigma der EBM folgt, das wesentlich durch die so genannte Managed Care-Revolution in den USA voran getrieben wurde (nur solche Verfahren im medizinischen Versorgungsbereich anzuerkennen, die effektive Behandlungen darstellen). Auch der mit dem Psychotherapeutengesetz hierzulande eingesetzte Beirat für Psychotherapie wacht in diesem Sinne über zuzulassende Psychotherapieverfahren und löst eine ständig lauter werdende Kritik aus (z.B. Kriz 2005).

Gegen wissenschaftlich fundierte Psychotherapie-Praxis ist im Prinzip nichts einzuwenden, im Gegenteil. Es wird allerdings kritisiert, unter dem Deckmantel der vermeintlichen Wissenschaftlichkeit verberge sich eine Art von Interessen-Klüngel, der keineswegs nur patientenorientiert sei, sondern zum Einen von Leistungsträgern missbräuchlich verwendet werde, um Kosten einzuschränken, zum Anderen würde die Debatte von berufspolitischen Interessenverbänden instrumentalisiert (Henningsen & Rudolf 2000; Berner et al. 2000).

Die Frage ist wieder einmal, was aus gut gemeinten Prinzipien so alles gemacht wird. Der Absurditäten tut sich eine ganze Reihe auf. EBM/EST sollen in so genannte *Leitlinien* münden, an denen sich der jeweilige Kliniker – rechtlich ungebunden – orientieren solle. Evidenzbasierte Studienergebnisse sollen durch hierfür von Fachgesellschaften eingesetzte Experten-Gremien geprüft werden auf Praxisrelevanz und –brauchbarkeit und in Behandlungsempfehlungen in Form von Leitlinien gegossen werden. Tatsache ist, dass leitlinienkonforme Umsetzungen, die auf RCT-Forschung basieren, in der Psychotherapie wie in der Körpermedizin ein theoretischer

Traum zu sein – und auch in Zukunft zu bleiben – scheinen. Gerade mal 4% der praktizierten Medizin in Deutschland (ambulant und stationär erbrachte medizinische Leistungen) genügten – einem Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in 1999 zufolge – einem Anspruch auf belastbare Evidenz, während 45% lediglich einfacheren und der Rest (also 51%) überhaupt keinem Evidenzkriterium für Wissenschaftlichkeit (Zurhorst 2003) entsprachen.

3. Medizinisches Modell für die Psychotherapie?

Die Problematik für die Psychotherapie ist eine wesentlich andere als für die restliche Medizin. Und hier stellt sich ein ganz anderes Problem, dessen erschöpfende Diskussion – für sich genommen – ganze Buchbände füllen würde: **Ist die Psychotherapie bei der Körpermedizin – wissenschaftsparadigmatisch gesehen – überhaupt gut aufgehoben oder gelten nicht vielmehr ganz andere Maßstäbe und Paradigmen für sie?**

Das medizinische Modell geht von gut isolierbaren, voneinander abgrenzbaren Störungen aus (Henningsen & Rudolf 2000), angesichts einer beinahe regelmäßig anzutreffenden Komorbidität, individuellen Komplexität und Bedingtheit (und Aufrechterhaltung) psychischer Störungen (Henningsen & Rudolf 2000; Kriz 2005) geht eine solche Sichtweise für das psychotherapeutische Handlungsfeld fehl. Die am medizinischen Modell entwickelte nosologische Nosographie (wie sie dem DSM oder der ICD zu Grunde liegt) wird als völlig unangemessen eingeschätzt (z.B. Mundt & Backenstraß 2001), was ja auch zur Suche nach Auswegen wie der *OPD* (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*, Schauenburg et al. 1998) geführt hat. Es sei schlicht falsch, von einer gleichen Diagnose auf eine gleichartige Behandlungsnotwendigkeit zu schließen (Sanderson 1998). „Falls wir nicht eine Alternative konstruieren, werden wir gezwungen sein, „nach den Spielregeln anderer zu spielen“ (Sanderson 1998, S. 386).

„Das heißt, dass hier entsprechend dem medizinischen Modell, das von isolierbaren Störungen statt von behandlungsbedürftigen Patienten ausgeht, für die störungsspezifische Wirksamkeit von Psychotherapien eine RCT-basierte Bewertungshierarchie empirischer Evidenzen entwickelt wurde, die z.B. der der Cochrane-Collaboration im Rahmen der EBM im engeren Sinne stark ähnelt.“ (Henningens & Rudolf 2000, S. 371).

Zwar sind wesentliche Elemente des Paradigmas der EBM/EST für die Psychotherapie wichtig, sie sind indes nicht angemessen (speziell der RCT-Ansatz, s.u.) bzw nicht hinreichend. Psychotherapeutisches Handeln benötigt wissenschaftlich fundiertes Handlungswissen, allein die Situation der Psychotherapie ist so fundamental verschieden von jeglichem körpermedizinischem Handlungsfeld, dass evidenzbasiertes Forschungswissen stets lediglich einen Bruchteil psychotherapeutischen Handelns beeinflussen wird. Die Behandlungsmethode in der Psychotherapie deckt eine vergleichsweise geringe Varianz des Gesamtergebnisses ab, man schätzt 15% (Henningens & Rudolf 2000; Hubble et al. 2001; Zurhorst 2003). Die Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten sowie kontextuelle Aspekte (speziell die therapeutische Beziehung, geschätzte 30%) seien wesentlich relevanter. Genau dies ist für den Großteil medizinischen Handelns eben nicht der Fall! Psychotherapie basiert essenziell auf der optimierten menschlichen, kommunikativen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, exakt im Gegensatz zur Körpermedizin, die auf dem Einsatz von Apparaturen, OP-Techniken und Medikamenten basiert (was in ihrer Absolutheit zu beklagen ist, aber hier ein anderes Thema aufmachen würde).

Psychotherapie als Teil des medizinischen Versorgungssystems in unserem Lande gerät zwangsläufig „in den Sog der geforderten Evidenzbasierung“ (Zurhorst 2003), mit allen zu befürchtenden Nachteilen. Es darf aber doch wohl die Frage aufgeworfen werden, ob nicht die EBM-Hysterie der letzten Zeit – bei aller gemäßigten Zustimmung zum Prinzip einer wissenschaftlich fundierten Medizin und Psychotherapie – zu muntere Purzelbäume schlägt, die – das

ist das Verblüffende! – kaum tiefer reflektiert worden wären (Spitzer 2004).

Man weiß nicht, ob man lachen oder weinen soll, wenn Manfred Spitzer – als ausgewiesener Psychiater und naturwissenschaftlicher Hirnforscher – beim Leser ein schwer zu unterdrückendes Glucksen hervorruft, wenn er von der fehlenden Evidenzbasierung des Wertes von Trinkwasser spricht und die Hype um die EBM mit der Plausibilität vieler unserer banalen alltäglichen Selbstverständlichkeiten konfrontiert:

„Es scheint Sachverhalte zu geben, die jedem unmittelbar plausibel sind und die daher der empirischen Überprüfung nicht bedürfen: Sätze wie „Morgen geht die Sonne auf“, „Bei Regen wird die Erde nass“ oder „Hysterikerinnen machen Männern Probleme“ scheinen allgemein bekannte Wahrheiten auszudrücken, die niemand in Frage stellt und zu denen daher keiner eine Studie plant oder gar durchführt.“ (Spitzer 2004, S. 436).

Auch ist die Studie von Smith und Pell (2003) von aufschlussreichem Wert, die die EBM-Prinzipien auf die wesentliche wissenschaftliche Fragestellung anwandten, ob die Benutzung von Fallschirmen beim freien Fall aus großer Höhe hilfreich sei, die Verletzungsgefahr zu vermindern. Sie kommen zu einem deutlichen Urteil.

„Wie es mit vielen Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit ist, wurde auch die Effektivität von Fallschirmen keiner rigorosen Evaluation mit randomisiert-kontrollierten Versuchen zugeführt. Vertreter der evidenzbasierten Medizin haben die schlichte Praxis des Einsatzes von lediglich auf Beobachtung fußenden Erkenntnissen kritisiert. Wir sind der Auffassung, dass wahrscheinlich jeder davon profitieren würde, wenn die radikalsten Vertreter der evidenzbasierten Medizin eine Doppelblind-, randomisiert-, placebo-kontrollierte Crossover-Studie zum Nutzen des Fallschirms organisierten und selbst daran teilnahmen.“ (Smith & Pell 2003, S. 1459; Übers. v. Verf.).

Es gibt eben nichts, auch nicht EBMs, die nicht ins Gegenteil des Intendierten gewendet werden könnten. „Auch die evidenz-

basierte Medizin ist wie alles im Leben *mit Verstand* anzuwenden.“ (Spitzer 2004, S. 437). Aber dies scheint leider derzeit in Teilen der Medizin nicht der Fall zu sein, und dies droht für die Psychotherapie gleichermaßen. Psychotherapie ist – was nicht oft genug betont werden kann – nur dann gut, wenn sie mit Expertise, Erfahrung, Intuition, Einfühlung, Wissen (wozu selbstverständlich evidenzbasierte Fakten zählen müssen!) und Vielem mehr daher kommt, und das auch noch integriert und auf das jeweilige individuelle Gegenüber abgestellt.

„Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genau so wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann.“ (Fonagy & Roth 2004b, S. 312).

4. Die Crux randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) in der Psychotherapieforschung

EBM und Leitlinien als Paradigmen zielen – offenbar prinzipiell und unabdingbar, wie sich in der Forschungsliteratur und beim Wissenschaftlichen Beirat unzweideutig zeigt – in der gesamten Medizin auf RCT-basiertes Forschungswissen ab. Und damit sind wir bei der größten Unverträglichkeit für die Profession.

Das Paradigma des RCT (Doppelblind-Studie, randomisiert-kontrollierte, experimentelle Studie) – als Basis-Element der EBM/EST – stammt originär aus der pharmakologischen Forschung, wo es angemessener erscheint. In der Psychotherapie ist das RCT-Paradigma, ganz im Gegenteil, nicht nur unfruchtbar, sondern sogar schädlich, weil vom Ansatz her grundsätzlich falsch für die Psychotherapieforschung, wie im Folgenden noch gezeigt werden soll. Selbst seriöse Forscher sprechen bereits von EST als „empirically violating psychotherapies rather than empirically validating them.“ (Lambert et al. 2004, S. 807).

Klaus Grawe (2005) irrt sich, wenn er von „Stroh puppen“ spricht, die gegen wissen-

schaftliche Forschung in der Psychotherapie ins Feld geführt würden (gemeint ist die Konzentration der Kritik auf den RCT als so genannter ‚Goldstandard‘ der Forschung in der Psychotherapie). Man zieht sich zwar gerne auf die stets bemühte Zitierung entsprechender Äußerungen in der Literatur zur Notwendigkeit **beider** Vorgehensweisen (RCT wie auch klinische Studien mit hoher externer Validität) zurück (Chambless & Hollon 1998; Gerlach 2004; Grawe 2005), eine Ausschließlichkeit der Berücksichtigung von RCT-Studien bei der Bewertung der wissenschaftlichen Fundiertheit psychotherapeutischer Verfahren ist – entgegen den Beteuerungen Grawes – dennoch ausschließlich praktizierte Realität (sh. z.B. die Politik des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie 2003). Die Kritik hieran wird zunehmend lauter.

„Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon.“ (Revenstorf 2003, S. 10).

Stets bezieht sich die Kritik – von verschiedener Seite – an den randomisiert-kontrollierten Psychotherapie-Studien auf dieselben Aspekte (Henningsen & Rudolf 2000; Mundt & Backenstraß 2001; Messer 2002; Revenstorf 2003; Kazdin 2004; Kriz 2005):

- die Bedingung der Doppelblind-Studie ist in der Psychotherapie nicht realisierbar
- die in RCTs einbezogenen Patienten sind in ihrer ‚Störungsspezifität‘ Patienten im realen klinischen Feld nicht vergleichbar
- eine Randomisierung von Patienten auf unterschiedliche Verfahren ist nicht nur unrealistisch (Patienten kommen häufig mit Vorerfahrungen, bestimmten Einstellungen und Neigungen zu bestimmten Behandlungskonzepten bzw. Eignungen dazu, vorhandene indikations- und prognosebezogene Forschungsergebnisse würden flagrant missachtet werden, was eklatant gegen ethische Prinzipien verstoßen würde)
- eine Standardisierung der Verfahren zwischen Pharmaka- und Psychotherapieforschung ist nicht vergleichbar
- die Experimentalvariable ist nicht trennbar von kontextuellen Störvariablen
- RCT-Studienergebnisse ziehen ergo im Vergleich zu nicht randomisierten Studien zwangsläufig falsche Schlussfolgerungen
- mithin produzieren RCTs Ergebnisse, die nicht dem realen klinischen Setting entsprechen und nicht valide sind (fehlende externe Validität) („chronische Irrepresentativität“)

Die von Revenstorf (2003) im Überblick – hier verkürzt dargestellt – angeführten Vor- und Nachteile der RCT-Forschung belassen dem RCT-Ansatz praktisch keinerlei Daseinsberechtigung in der Psychotherapieforschung (eigene Kommentare kursiv in Klammern).

Nachteile der RCT-Forschung	Vorteile der RCT-Forschung
unvalide Messung	reliable Messung
irrepräsentative Stichproben	eliminierte Störvariablen (<i>was aber behandlungsrelevante Variablen ausschaltet</i>)
Scheitern der Randomisierung	statistische Signifikanz (<i>was nicht ausreichend ist</i>)
mangelnde klinische Relevanz	Störungsspezifität (<i>was nicht der klinischen Wirklichkeit entspricht</i>)
Vernachlässigung der Komorbidität	Standardisierung (Manual) (<i>was gleichfalls unrealistisch ist</i>)
Nicht-Umsetzbarkeit	

Was bleibt denn dann eigentlich noch von der RCT-Forschung? Revenstorf ist der Auffassung, dass mit der Durchführung von RCTs in der Forschung die Evaluation der psychotherapeutischen Praxis geradezu vermieden werde.

Dagegen wird immer wieder – speziell von akademisch-verhaltenstherapeutischer Seite – die grundsätzliche Umsetzbarkeit von RCT-Studien in die klinische Praxis postuliert. Seit mehreren Jahren erscheinen Arbeiten in namhaften Fachzeitschriften, die die Vergleichbarkeit der im Rahmen von RCTs gewonnenen Ergebnisse mit denen klinischer Praxis und ihrer Umsetzbarkeit in jene betonen. Dieses Vorgehen muss schon sehr verwundern. Der Laie staunt, und der Fachmann wundert sich: Zieht man doch offenbar in klinischen Settings ermittelte Studienergebnisse dazu heran, um die Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Studien zu validieren?! Bezog sich nicht stets die Kritik einer EBM-gestützten Psychotherapieforschung – unisono auch von Seiten des Psychotherapie-Beirats – auf die ‚Unwissenschaftlichkeit‘ so genannter naturalistischer, klinischer Studien, deren Anlage – aus den oben genannten Gründen – gerade kein RCT-Design vorsah, und nun werden genau diese Studien herangezogen, um die Legitimität einer Umsetzbarkeit von RCT-Studien-Ergebnissen in reale, klinische Praxisfelder zu dokumentieren, mithin, um das RCT-Paradigma zu rechtfertigen. Was ist das für eine Logik?

Genau betrachtet handelt es sich um Augenwischerei, was in den „benchmarking studies“, den EBM-versus-klinische-Studien-Vergleichen tatsächlich resultierte. Es verwundert erheblich, wie Fachzeitschriften wie das *Journal of Consulting and Clinical Psychology* methodisch derartig defizitäre Studien akzeptieren konnten. Oder sollte dahinter System stecken? Von den dem Verfasser vorliegenden sechs Studien (z.B. Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000; Weersing & Weisz 2002; Merrill et al., 2003; Addis et al., 2004; davon fünf im *JCCP* erschienen zwischen 1997 und 2004; ohne Anspruch auf Vollständigkeit), die sämtlich für eine Umsetzbarkeit von EBM-Prinzipien in klinische Praxis(forschung) votieren, bleibt praktisch keine einziger übrig, der zu trau-

en wäre – wenn man sich der Mühe einer genauen Inspektion der Originalstudie unterzieht, die ihrem eigenen Anspruch auf angemessene Wissenschaftlichkeit genügen würde.

Drei der Studien (Persons et al., 1999; Franklin et al., 2000; Stuart et al., 2000) ergeben den Autoren zufolge vergleichbaren Outcome zwischen RCT-Stichprobe und klinischen Stichproben, die aus anderen Studien als vergleichbar herangezogen wurden. Tatsächlich zeigt sich bei genauerer Analyse, dass hier von Vergleichbarkeit keine Rede sein kann, da die Patienten der klinischen Stichproben gestörter waren in ihrer jeweiligen Psychopathologie. Wenn dann ein vergleichbarer Outcome diskutiert wird, spräche dies wohl eher für die überlegene Wirksamkeit der Behandlung in den klinischen Studien über die Patienten der RCT-Studien. In zwei der sechs Arbeiten wird ein überlegener Outcome der RCT-Stichproben berichtet (Weersing & Weisz, 2002; Addis et al., 2004). Aber während in einem Fall von keiner Vergleichbarkeit der Stichproben ausgegangen werden muss (die Patienten in der klinischen Stichprobe der Weersing und Weisz-Studie entstammen mit 52% sozial belasteteren Schichten aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (Latinos und Afroamerikaner im LA County) und waren von daher bereits nicht vergleichbar mit den RCT-Stichproben), muss in der anderen Studie (Addis et al., 2004) von einer unzulässigen Beeinflussung ausgegangen werden. In dieser Studie wurde im Auftrag einer Managed Care-Organisation eine Vergleichsstudie in einem HMO-Center durchgeführt, wobei den Therapeuten der Kontrollgruppe (klinische Stichprobe, TAU = Treatment As Usual/Behandlung wie üblich) versichert wurde, sie würden die Spezialausbildung der Experimentalgruppe (PCT = Panic Control Therapy) später ebenfalls erhalten. Auf den Gedanken, dass dies eine Suggestion im Hinblick auf ein „besseres“ Verfahren darstellen würde und dass hier von Seiten des Settings Interessen im Spiel waren (Bias), kam wohl niemand.

Es dürfte sich doch eigentlich herum gesprochen haben, dass es eine mehr oder weniger subtile Beeinflussung (Bias) von

Forschung bedeutet, wenn das jeweilige Forschungszentrum eine schultheoretische bzw. gesundheitspolitische Präferenz (in diesem Falle Managed Care-Organisation) hat (vgl. auch Tschuschke et al., 1998). Messer (2002) fand, dass ca. 69% der Effekt-Stärken-Variabilität von Studien durch die Zentrums-Zugehörigkeit der Forscher erklärt werden können. So erklärten sich z.B. u.a. unzulässige Selektionen von Patienten in EST-Studien.

Die sechste Studie (Merrill et al., 2003) schließlich ist methodisch indiskutabel, als gleich mehrere Parameter inadäquat sind. Z.B. nahmen einige Patienten mit der Diagnose Major Depression lediglich an einer (!) Sitzung kognitiver Therapie teil (vorzeitige Abbruchrate in dieser Studie war 68% !), und es wird an keiner Stelle klar, wer in welcher Stichprobe wieviel Dosis Therapie erhielt; außerdem hatten die klinischen Stichproben, die aus anderen Studien herangezogen wurden, ein höheres Bildungsniveau und waren somit der RCT-Stichprobe nicht vergleichbar.

Das Unterfangen, RCT-Studienergebnisse mit denen aus klinischen Studien zu vergleichen, wirkt also nicht nur skurril, sondern führt offenbar regelmäßig zu der Erkenntnis, dass die Stichproben nicht vergleichbar sind, weil einfach zu viele patientenseitige Komplexitäten in der realen klinischen Welt zu berücksichtigen wären, die RCT-Studien niemals simulieren könnten. Diese Studien bewirken genau das Gegenteil des Beabsichtigten: sie belegen die Nicht-Vergleichbarkeit von RCT mit Studien im klinischen, naturalistischen Feld.

Das RCT-Paradigma ist darüber hinaus auch deshalb in der Psychotherapieforschung obsolet, weil praktisch alle weltweit verfügbaren vergleichenden Psychotherapieforschungen zeigen (Wampold 2003; Lambert & Ogles 2004), dass aus unterschiedlichen Behandlungskonzepten bei vergleichbarem Patienten-Klientel vergleichbare Wirkungen resultieren, dass lediglich Nicht-Behandlung jedem rationalen, seriösen Behandlungskonzept unterlegen ist.

„Forschung in der Erwachsenentherapie hat gezeigt, dass beinahe jede aktive Form von

Behandlung besser (statistisch) ist als keine Behandlung. Erwartungen, Aufmerksamkeit und die unspezifischen Faktoren, gemeinsam mit der Motivation zur Therapie alleine bewirken bereits solche Unterschiede. Aktive „getürkte“ Behandlungen, in denen sich Patienten bei Aktivitäten engagieren, die nicht von vornherein als therapeutisch wertvoll betrachtet werden können, können solche Unterschiede bewirken und die Effekte von keiner Behandlung übersteigen.“ (Kazdin 2004, S. 926; Übers. v. Verf.).

Statistische Signifikanz in RCTs ist von daher gesehen nicht ausreichend! Umgekehrt könne den Studien, die keinem RCT-Paradigma folgen, aber nicht vorgeworfen werden, sie wären nicht valide, folgert Messer (2002). Eine ganze Reihe von methodisch sehr aufwändigen neueren verhaltenstherapeutischen Studien folgte nicht dem RCT-Paradigma, sondern stellten Studien in naturalistischen Settings mit hohem methodischen Aufwand dar, die einem Level I-Niveau der EBM-Hierarchie durchaus entsprechen (Shadish et al. 1997; Espie et al. 2001; Hahlweg et al. 2001). Diese Studien stellen ein Plädoyer für empirisch-gestützte Psychotherapie dar, die realistische Behandlungen in natürlichen klinischen Kontexten auf ihre Wirksamkeit hin untersuchten.

Diese Forderung nach „realistischer Forschung“ in der Psychotherapie vereint Psychotherapeuten über alle Schulgrenzen hinweg (Henningsen & Rudolf 2000; Revenstorf 2003). Es sollte deutlich werden, dass es sich hier nicht wieder einmal um einen verkappten Schulstreit, etwa Verhaltenstherapie gegen Psychoanalyse oder tiefenpsychologische Psychotherapie, handelt, sondern eher um eine Auseinandersetzung akademische Psychologie versus klinische Praxis. Leichsenring et al. (2004) haben in einer sehr aktuellen Metaanalyse über 17 Originalstudien, die rigide den Kriterien der EBM folgten (und nur RCT-Studien einschloss), nachgewiesen, dass psychodynamische Kurzbehandlungen bei unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen sehr hohe Effektstärken erzielten (zwischen 0.89 und 1.57). Dies bedeutet, dass tiefenpsychologische Be-

handlungen sehr wohl mittels eines RCT-Paradigmas und den strengen Kriterien der EBM folgend untersucht werden und ihre Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Dies unterstreicht allerdings lediglich, dass im Rahmen der artifiziellen RCT-Versuchsdurchführungen eindeutige Überlegenheiten verschiedener Therapiekonzepte gegenüber keinen Behandlungen nachgewiesen werden können; was allerdings da untersucht wurde und was das mit ‚wahrer‘ Psychotherapie noch zu tun hat, wird nicht diskutiert.

Auch naturalistische Studien mit sehr hohem methodischen Aufwand erbrachten für gruppenanalytische Langzeitbehandlungen Effektstärken, die deutlich über denen üblicherweise in der Literatur berichteten liegen (katamnestisch nachuntersucht bei Tschuschke, 1993; Strauß & Burgmeier-Lohse 1994; Pre-Post-Design bei Tschuschke et al. 2005). Es kann mithin nicht um einen Schulenstreit um vergleichbare oder unterschiedliche Wirkungen verschiedener Therapiekonzepte gehen, es geht vielmehr um einen Streit bezüglich eines Verständnisses der Wissenschaftlichkeit, das der Psychotherapie angemessen wäre.

Kriz (2005) beklagt, dass hierzulande „... in abgeschotteten Richtlinienverfahren gedacht (werde), die zudem in pharmazeutisch reiner Form an Patienten als monomorbide Störungsträger appliziert werden.“ (S. 12 f.). „Noch so überzeugende Befunde unter Labor-Bedingungen an nicht-komorbiden Patienten mit „reinen“ manualisierten Vorgehensweisen lassen nicht so einfach Rückschlüsse auf die Wirksamkeit bei der allergrößten Zahl der realen Patienten zu, bei denen die Krankheitsbilder komplex und „multimorbide“ sind und die von Psychotherapeuten behandelt werden, deren erworbene Kompetenz die Grenzen der methodisch-reinen Manuale längst gesprengt hat.“ (S. 15).

Nach Kriz greift die akademische Forschungswelt unzulässig auf die Praxis über, indem ideologische Barrieren aufgerichtet würden, denen zufolge „ätiologisch-saubere Krankheiten mit abstrakten Methoden behandelt werden sollen, um dem Primat „wissenschaftlichen“ Ordnungswillens zu genügen“ (S. 19).

Manualisierung der Behandlungsdurchführung in RCT-Studien

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt – neben der Nicht-Abbildung wahrer am Prozess einer Psychotherapie beteiligten Variablen durch das Paradigma des RCT – betrifft die Manualisierung. Der Logik der Pharmakaforschung folgend muss ja gerade gefordert werden, dass das Verum (also das Medikament, hier also die psychotherapeutische Behandlung) standardisiert erfolgt. Sonst wäre ja das Pharmakon (das psychotherapeutische Verfahren) nicht bewertbar. Dem widerspricht die Praxis. Zurhorst (2003) zitiert Dreyfus und Dreyfus (1987), wonach menschliches ‚Expertenwissen‘, mithin auch praktizierende Psychotherapeuten, mit anwachsender Praxiserfahrung ständig weniger analytisch (im Sinne von Regelfixierung) und mehr ‚intuitiv‘ und ‚gefühlsmäßig beteiligt‘ (unter Heranziehung von faktischem Wissen) werde, was jeder psychotherapeutisch erfahrene Praktiker spontan bestätigen würde.

Dies wirft ein bezeichnendes Licht auf die aktuelle Debatte der Bedeutung so genannter *manualisierter* psychotherapeutischer Behandlungen, wie sie von einzelnen Vertretern der akademischen Verhaltenstherapie ins Feld geführt wird. Jedem erfahrenen Kliniker sträuben sich die Haare, sich die Komplexität alltäglicher klinischer Arbeit mit kaum jemals monosymptomatischen Patienten (ohne Komorbidität) unter Zugrundelegung eines Kochrezepts vorzustellen. Manualisierte Psychotherapie ähnelt dem Versuch, aus jedem Musiker einen Konzertvirtuosen zu machen, wenn er sich nur exakt an die Noten hielte. In der Tat wird die manualisierte psychotherapeutische Behandlung zunehmend als sinnlos und wirklichkeitsfremd und eher einem „Anfängerstadium“ (Zurhorst 2003) gemäß und allenfalls für in Ausbildung und diesbezüglicher Supervision befindliche Psychotherapeuten als angemessen erachtet. Entsprechend erzielen erfahrene Therapeuten, die sich an Manuale halten, schlechtere Behandlungsergebnisse (Lambert & Ogles 2004). Henningsen und Rudolf (2000) beziffern die Einbuße an möglichen Behandlungseffekten auf bis zu 40% aufgrund von

manualisierter Behandlungsweise, die gerade die für die psychotherapeutische Praxis typische Flexibilität des Therapeuten beschneiden würde.

5. Resümee

Das Unbehagen an einer Anwendung rigider EBM-Prinzipien zur Evaluation der Wirksamkeit von Psychotherapie nimmt zu. Dies gilt in noch verschärftem Maße für die Argumentation einer ausschließlichen bzw. bevorzugten Anerkennung randomisiert-kontrollierter Studien in der Psychotherapieforschung (Lambert & Ogles 2004). RCTs sind nachweislich dem Gegenstandsbereich psychotherapeutischer Behandlung unangemessen. Erstens kommen Patienten häufig genug mit Vorannahmen und –einstellungen zu einem bestimmten Therapeuten mit einem spezifischen Behandlungsangebot, zweitens entspinnt sich vom ersten Händedruck an eine menschliche Beziehung, die zu missachten flagrante Unkenntnis jeglicher glückenden psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung ausweisen würde (so dass eine nachfolgende Randomisierung obskur wäre), außerdem würden basale ethische Grundlagen der Psychotherapie verletzt, Patienten auf unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsverfahren aufzuteilen, weil sie das mittlerweile in weiten Bereichen empirisch bereits abgesicherte Indikations- und Prognosewissen beiseite ließe (contradictio in adiecto). Im Übrigen sind Level I-entsprechende Niveaus (Level I steht für RCT-Studien) durchaus für naturalistische Studien möglich (Henningsen & Rudolf 2000; Leichsenring 2004; Tschuschke 1993; Tschuschke et al. 2005). RCT-Studien seien im Gegenteil „untenkomplex“ (Henningsen & Rudolf 2000), weil sie den Wirklichkeiten psychotherapeutischer Praxis widersprächen, ihnen mithin jegliche externe Validität fehlen würde (Lambert et al. 2004). Probleme interner Validitätsverletzung bei naturalistischen Studien können inzwischen, mit entsprechendem methodischen Aufwand bewältigt werden.

Im Gegenteil sollte einmal deutlich ausgesprochen werden, dass ein sehr großer Teil der bislang verfügbaren internationalen

Psychotherapieforschung wohl weitgehend unbrauchbar ist, weil er auf RCT-Studien, durchgeführt in akademischen Elfenbeintürmen, mit nicht ausgebildeten „Therapeuten“ und nicht repräsentativen, untypischen „Patienten“, die in unangemessenen Zeiträumen und Sitzungs Dosen „behandelt“ wurden, noch dazu mit manualisiertem therapeutischen Vorgehen (also nicht mit **integriertem** empirischen **und** klinisch-praktischen Erfahrungswissen), basiert (Tschuschke et al. 1997; 1998). Es ist Zeit für eine methodisch aufwändige und dem Gegenstandsbereich angemessene empirische Forschung, die der klinischen Situation (vor allem dem Veränderungsprozess **während** der Behandlung und der Komplexität der therapeutischen Beziehung und des kontextuellen Umfeldes) gerecht wird und Prozess-Ergebnis-Forschung in repräsentativem Umfang berücksichtigen würde (Wampold 2001). Die Psychotherapie krankt an dem Unwissen, nichts – bzw. kaum etwas – über die entscheidenden psychotherapeutischen Veränderungspro-

zesse zu wissen, die die intendierten Veränderungen bewirken.

In Kürze zusammengefasst:

- Empirische Forschung ist und war – ein sehr alter Hut! – in der Psychotherapie unverzichtbar wichtig. Und zwar muss es sich um sehr aufwändige, methodisch hochwertige Prozess-Outcome-Forschung handeln (ebenfalls ein alter Hut, bereits seit Jahrzehnten eingefordert) (z.B. Tschuschke et al. 1995).
- **EBM/EST in der Psychotherapie** wird niemals umsetzbar sein, insofern randomisiert-kontrollierte Studien intendiert werden, ein Denken, das eine grandiose Verkennung psychotherapeutischer Realitäten offenbart. Aber: EBM müsste in ihrer Konzeptualisierung nicht zwangsläufig auf randomisierte, kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt sein (Sackett et al. 1997), wird aber leider so praktiziert.

- **Manualisierte Psychotherapie** ist ein Absurdum (jedenfalls so lange, wie Psychotherapie von Menschen und nicht ausschließlich vom Computer durchgeführt wird) und kann nur von wirklichkeitsfremden Forschern postuliert werden.
- Psychotherapeutische Schulen „erster Ordnung“ (Grawe 1995; 1997) sind überhaupt noch nicht hinsichtlich ihrer Wirkfaktoren befohrt (eben mangels Prozessforschung) (Lambert & Ogles 2004), so dass der Rückzug auf allgemeine Wirkfaktoren (common factors) viel zu früh käme (Tschuschke 1999b; Mundt & Backenstraß 2001) und der Ruf nach einer Allgemeinen Psychotherapie wohl das Kind mit dem Bade ausschütten würde.
- Die Forschung in der Psychotherapie ist bislang völlig insuffizient! Ausschließlich objektive **Prozess-Ergebnis-Forschung** mit großen Stichproben und methodisch aufwändigen qualitativ-quantitativen Verfahren wird Aufschlüsse über wahre Wirkmechanismen, etwaige

Schulspezifika und damit über die Relation unspezifische/spezifische Wirkweisen professioneller Psychotherapie erbringen können (Kazdin 2004).

- **Naturalistische** (ökologische) (Zurhorst 2003) **Studien** müssen durchgeführt werden, keine randomisiert-kontrollierten Studien, die einem überholten und falschen Paradigma folgen. Nur dies kann dem Gebiet psychotherapeutischer Behandlung angemessen sein.
- Wissenschaftliche Forschung in der Psychotherapie ist unvergleichbar mit Forschung in der Körpermedizin und kann dennoch hoch wissenschaftlich sein! Wir sollten uns deshalb auch nicht die Paradigmen jener Welt zu eigen machen. Das **medizinische Modell** ist inadäquat, angemessener wäre ein „kontextuelles Modell“, das die Komplexität der menschlichen individuellen Begegnung und Interaktion berücksichtigen würde (Wampold 2001).
- Entsprechend müssen Anstrengungen unternommen werden, den wissenschaftlich hochwertigen **Publikationen** aufwändiger psychotherapeutischer Prozess-Ergebnis-Studien in naturalistischen Settings ein **Impact-Gewicht** im Rahmen medizinischer Fachzeitschriften einzuräumen, die mit biologistischen Publikationen vergleichbar sind. Es ist ein Skandal, dass sich auch hier die Psychotherapieszene dem biologisch-pharmazeutischen Paradigma unterwirft, was zu einem ‚szientistischen Selbstmissverständnis‘ führt, das einem für die Psychotherapie absurden RCT-Paradigma anhängt und für die Forschungsakzeptanz in der Medizinszene von Nachteil ist, wie leicht an den Impactfaktoren nachgelesen werden kann.

Literatur

- Addis, M.E., Hatgis, Ch., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L., Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a Managed Care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(4): 625-635.
- Berner, M.M., Ruther, A., Stieglitz, R.D., Berger, M. (2000). Das Konzept der „Evidence-based Medicine“ in der Psychiatrie. Ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? *Der Nervenarzt* 71(3): 173-180.
- Buchkremer, G., Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 20-30.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 7-18.
- Espie, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L. (2001). Predicting clinically significant response to Cognitive Behavior Therapy for chronic insomnia in general medical practice: Analysis of outcome data at 12 months posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(1): 58-66.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004a). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil I. *Psychotherapeutenjournal* 3(3): 204-218.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004b). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil II. *Psychotherapeutenjournal* 3(4): 300-314.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(4): 594-602.
- Gerlach, A.L. (2004). Die Stellungnahme zur Wissenschaftlichkeit der psychoanalytischen Therapie im Sinne von § 11 PsychThG. *Verhaltenstherapie u. Psychosoziale Praxis* 4.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40: 130-145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7: 1-20
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 4: 4-11.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3): 375-382.
- Henningsen, P., Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50(9/10): 366-375.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund, Verlag Modernes Leben.
- Kazdin, A.E. (2004). Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic North America* 13(4): 923-940.
- Kriz, J. (2005). Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeutenjournal* 4: 12-20.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: S. 805-821.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. In: M.J. Lambert (Ed.). New York, John Wiley & Sons: 139-193.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68(2): 137-151.
- Leichsenring, F., Rieger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es *nur einen* Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50: 203-217.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 61(12): 1208-1216.
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E., Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(2): 404-409.
- Messer, S.B. (2002). Empirically supported treatments: cautionary notes. *Medscape*

- General Medicine 4(4): viewarticle/445082.
- Mundt, Ch., Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt* 72: 11-19.
- Persons, J.B., Bostrom, A., Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practices. *Cognitive Therapy and Research* 23(5): 535-548.
- Revenstorf, D. (2003). Das Kuckucksei – Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforschung. *Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren* 12.12.2003, Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin, S. 10-14.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1997). Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchner Medizinische Wochenschrift* 139(44): 644-645.
- Sanderson, W.C. (1998). The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *American Journal of Psychotherapy* 52(3): 382-387.
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.) (1998). *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Hans Huber, Bern.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M.D., Jorm, A.F., Lyons, L.C., Nietzel, M.T., Prout, H.Th., Robinson, L., Smith, M.L., Svartberg, M., Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(3): 355-365.
- Smith, G.C.S., Pell, J.P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized-controlled trials. *British Medical Journal* 327: 1459-1461.
- Spitzer, M. (2004). Sollen wir Wasser trinken? *Evidenzbasierte Medizin: Risiken und Nebenwirkungen*. *Nervenheilkunde* 23(8): 435-437.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3): 506-512.
- Tschuschke, V. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozess-Ergebnis-Relationen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Tschuschke, V., Anbeh, T., Kiencke, P. (2005). Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies. *Group Analysis* (im Druck)
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998). *Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al.* (1994). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 48: 430-444.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapiestudie von Grawe, Donati und Bernauer*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke, V., Hölzer, M., Kächele, H. (1995). Ach du liebe "Güte". Eine Einladung statt einer Erwidern. *Psychotherapeut* 40: 304-308.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass., Publishers.
- Weersing, R.V., Weisz, J.R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2): 299-310.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.09.2003)*.
- Zurhorst, G. (2003). *Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?* *Psychotherapeutenjournal* 2(2): 97-104.

*Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum. habil.
Dipl.-Psych. Volker Tschuschke*

Abteilung für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln
volker.tschuschke@medizin.uni-koeln.de