

### Zur Begutachtung der psychotherapeutischen Verfahren im "Forschungsgutachten" zum Psychotherapeutengesetz: viele sind gar nicht erst angetreten, drei haben gewonnen und zwei bekommen den Preis

Eckert, Jochen

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Eckert, J. (1993). Zur Begutachtung der psychotherapeutischen Verfahren im "Forschungsgutachten" zum Psychotherapeutengesetz: viele sind gar nicht erst angetreten, drei haben gewonnen und zwei bekommen den Preis. *Journal für Psychologie*, 1(2), 54-60. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-22260>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## Zur Begutachtung der psychotherapeutischen Verfahren im „Forschungsgutachten“ zum Psychotherapeutengesetz:

**Viele sind gar nicht erst angetreten, drei haben gewonnen und zwei bekommen den Preis**

Jochen Eckert

Die Planung eines Psychotherapeutengesetzes berührt viele Interessen. Um bei der Gestaltung des geplanten Gesetzes Entscheidungshilfen zu haben, schrieb das damals zuständige Bundesministerium, BMJFFG, ein Gutachten aus, das inzwischen vorliegt: Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B.: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes, Hamburg 1991.

Dieses Gutachten hat erwartungsgemäß und entsprechend der jeweiligen Interessenlage viel Kritik erfahren. Bevor ich mich selbst in die Reihe der Kritiker stelle, möchte ich den Gutachtern gegenüber meine Hochachtung zum Ausdruck bringen. Ich denke, es gibt keinen Bereich im Gesundheitswesen, der so umfassend und so systematisch aufgearbeitet worden ist, wie der Bereich Psychotherapie/Psychosomatik in dem vorliegenden Gutachten. Vergleichbar ist damit m.E. nur die *Psychiatrie-Enquete* aus dem Jahre 1975. Dieser Umstand sollte aber auch Anlaß dazu sein, (erneut) darüber nachzudenken, was eigentlich dazu führt, daß es in der Heilkunde keinen Bereich gibt, der zu einer vergleichbaren institutionalisierten Selbstreflexion gebracht wird wie der Bereich Psychotherapie.

Im Vorwort des Gutachtens sagt A.-E. Meyer: „Die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Berufsgruppen [Ärzte und Psychologen bzw. ärztliche und psychologische Psychotherapeuten] auch rechtlich einzubinden, ist Anlaß dieses Forschungsgutachtens“ (S. 3). A.-E. Meyer ist Arzt und Psychologe.

Nur-psychologische Psychotherapeuten erhoffen sich von einem Psychotherapeutengesetz etwas Einseitigeres: Das Gesetz soll

regeln, was längst gängige Praxis ist, nämlich die heilkundliche Tätigkeit von Diplompsychologen. So sind z. B. 40% der kassen- und vertragsärztlich arbeitenden Psychotherapeuten Psychologen (Stand: Oktober 1990). In anderen Bereichen, z. B. in Kliniken, die stationäre Psychotherapie anbieten, übersteigt die Zahl der psychotherapeutisch tätigen Psychologen die der Ärzte.

Diese Realität schafft – in den Augen der Diplompsychologen – Regelungsbedarf, und mit dieser Einschätzung sind sie sich mit (fast) allen anderen Betroffenen (Gesetzgeber, Psychotherapeutenverbände, psychologischer Berufsverband, Träger der Krankenversicherungen usw.) einig.

Eine Regelung muß – vor allem aus der Sicht der Diplom-Psychologen – aber auch noch zwei weiteren Umständen Rechnung tragen:

1. Wenn auch psychologische Psychotherapie als Heilkunde i. S. bestehender Gesetze definiert werden sollte, d. h. als „berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“ (§ 1, Abs. II des HPG), dann sollte diese Tätigkeit auch in das bestehende Gesundheitswesen eingebunden werden, d. h. in das Krankenversicherungswesen.

2. Es gibt mehr als nur ein psychotherapeutisches Verfahren, das in der bereits geregelten heilkundlichen psychotherapeutischen Praxis zur Anwendung kommt, und es ist festzulegen, welche der vielen unterschiedlichen Verfahren im Gesetz in welcher Art und Weise Berücksichtigung finden.

Einer der Gutachter, Rainer Richter, hatte ganz offensichtlich diese Interessen- und Aufgabenvielfalt im Auge, als er die „Konzeption eines pluridisziplinären Teams aus ausgewiesenen Fachleuten“ vorlegte, mit der es ihm auch gelang, A.-E. Meyer zu „motivieren“, „uns um dieses Gutachten zu bewerben“, und „noch Klaus Grawe als verhaltenstherapeutisch orientiert(en) Experte(n), dessen monumentale Analyse aller bisherigen Psychotherapieforschungsergebnisse kurz vor dem Abschluß steht“ (S. 4), u. a. in dieses Team aufzunehmen.

In den folgenden Ausführungen werde ich mich darauf beschränken darzustellen, wie die Gutachter mit dem unter Punkt 2 genannten Umstand umgegangen sind.

Sie haben ihn vor allem aus der Perspektive der „monumentalen Analyse“ von Klaus Grawe beleuchtet und ärgern sich offenbar im Endergebnis so, daß dem Gesetzgeber nicht etwa die Berücksichtigung bzw. Nicht-Berücksichtigung der vielen verschiedenen Verfahren empfohlen wird, sondern die gesetzliche Etablierung von zwei sog. Grundorientierungen, und zwar „(der) psychoanalytische(n) Grundorientierung und (der) an der empirischen Psychologie orientierte(n) Grundorientierung, der gegenwärtig vor allem die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren zuzurechnen sind“ (S. 20). Daß andere Grundorientierungen, z. B. die phänomenologisch-hermeneutischen Therapieverfahren, die in der Gliederung des Gutachtens als „Humanistische“ gleichrangig neben den „Psychoanalytischen“ und „Verhaltenstherapeutischen und Kognitiven“ Therapieverfahren aufgeführt werden, nicht etabliert werden sollen, wird vor allem mit deren lückenhaften theoretischen Vorstellungen begründet.

Der Gutachtenauftrag des BMJFFG fordert von den Gutachtern ausdrücklich eine Stellungnahme zu den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden: „Die psychotherapeutischen Methoden, die für eine sinnvolle und erfolgversprechende Psychotherapie in Betracht kommen, werden untersucht und bewertet, und es werden Aussagen zu der Frage gemacht, ob und ggf. wie diese Methoden zweckmäßigerweise im Gesetz zu verankern sind“ (S. 21). Dieser Umstand wird es gewesen sein, der die Gutachter dazu veranlaßt hat, Klaus Grawe „monumentale Analyse“ in ihren Über-

legungen darzustellen. In ihr werden „Verfahren“ bzw. „Methoden“ analysiert.

Meine Kritik richtet sich in erster Linie auf die Art dieser Analyse und die Art der Bewertung der psychotherapeutischen Methoden durch die Gutachter, d. h. meine Einwände sind methodenkritische.

In zweiter Linie werde ich bestimmte Darstellungsformen kritisieren, die auf mangelnde Sorgfalt und Objektivität hinweisen. Letzteres werde ich exemplarisch anhand der Darstellung und Bewertung der Gesprächspsychotherapie tun. Ich wähle dieses Verfahren, weil ich in ihm als praktizierender Gesprächspsychotherapeut die relativ besten Kenntnisse habe.

Meine Ausführungen beziehen sich dementsprechend auf das Kapitel V, *Fachwissenschaftliche Grundlagen*, des o. g. Gutachtens (S. 71-98). Zur Kennzeichnung der Textstellen des Gutachtens wird dessen fortlaufender Absatznummerierung gefolgt.

## 1. Bewertungsgrundlagen der einzelnen Therapieverfahren

„Unsere zusammenfassende Ergebnisbewertung stützt sich vor allem auf die Befunde einer umfangreichen Untersuchung eines der Gutachter (K. G.) zur Prüfung der Wirksamkeit der einzelnen Therapieverfahren ...“ (Nr. 366).

An diese „umfangreiche Untersuchung“ sind im Hinblick auf ihre Eignung für eine Beantwortung der im Gutachtenauftrag aufgeworfenen Fragen selbst einige Fragen zu stellen.

### 1. 1 Ist die Auswahl der Studien wissenschaftlich hinreichend fundiert?

Im Gutachten heißt es bezüglich der Auswahl der in die Untersuchung aufgenommenen Studien: Es handele sich um Studien, in denen „erwachsene Patienten oder Klienten, die unter klinisch relevanten Problemen litten, einer ernstzunehmenden Therapie unterzogen worden waren ...“ (S. 70, Nr. 380).

Sicherlich gehen die Meinungen darüber, was „klinisch relevante Probleme“ sind und was eine „ernstzunehmende Therapie“ ist, unter Fachleuten erheblich aus-

einander. Es ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, ob und in welcher Form die Operationalisierung des Auswahlkriteriums „klinisch relevante Probleme“ mit der im Gutachten aufgeführten Definition von „seelischer Krankheit“ (S. 25) verknüpft worden ist. Daß eine Operationalisierung erfolgt ist, läßt sich dem folgenden Statement (Nr. 407) entnehmen: „Die Gesprächspsychotherapieuntersuchungen sind im Durchschnitt von etwas geringerer klinischer Relevanz als Untersuchungen zur Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und kognitiven Therapie.“ Diese Aussage verblüfft, da die Behandlung klinisch-relevanter Probleme in den Studien ein Kriterium für ihre Aufnahme in die Untersuchung bildete, bzw. der Gutachter die in seine Untersuchung einbezogenen Studien bezüglich dieses Merkmals parallelisiert hat.

Studien, die eine „ernstzunehmende“ Therapie untersuchen bzw. „ernstzunehmende“ Therapien miteinander vergleichen, müssen das Kriterium erfüllen, daß sie auch die *spezifische Wirksamkeit* der jeweiligen Therapiemethode(n) erfassen. Für eine Studie, die z. B. die Gesprächspsychotherapie untersucht, müßten im Hinblick auf eine der Hauptfragestellungen des Gutachtens – Nachweis erfolgreicher heilkundlicher Behandlung – und im Hinblick auf den Wirksamkeitsnachweis im Vergleich mit anderen psychotherapeutischen Verfahren folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Untersuchungsgegenstand bei nicht symptom- bzw. zielorientierten Psychotherapien können nur Behandlungen sein mit einem Umfang von mindestens 30 Sitzungen à 50 min. Dauer; bei von vornherein zeitlich limitierter Behandlungsdauer sollte die vereinbarte Sitzungszahl 25 nicht unterschreiten.

Diese Forderung ergibt sich aus den spezifischen Veränderungsmodellen nicht symptomorientierter Psychotherapien.

2. Der Zeitpunkt der Posttestung der zu berücksichtigenden Studien muß identisch sein mit dem einvernehmlichen Abschluß einer Psychotherapie.

Diese Forderung ergibt sich aus der Kenntnis der Praxis vieler (gesprächspsychotherapeutischer) Therapiestudien, die aus methodischen Gründen – z. B. Ver-

gleichbarkeit der Therapiezeit mit der Wartezeit einer Kontrollgruppe – die Posttestung zu einem Zeitpunkt durchführen, zu dem z. T. mehr als 50% der Behandlung noch nicht abgeschlossen sind.

Bekanntlich brauchen konstruktive Veränderungsprozesse durch Psychotherapie bei manchen Patienten auch mehr Zeit als bei anderen, ein Umstand, der inzwischen auch meta-analytisch nachgewiesen worden ist (z. B. Howard et al. 1986). Die wirklichen Veränderungen der 50% Patienten, die ihre Behandlung über den Posttestzeitpunkt hinaus fortsetzen, werden in Studien der o. g. Art nicht erfaßt.

3. Die Ergebnisse von längerfristigen (mind. ein Jahr) Katamnesen sind bei der Bewertung der Wirksamkeit hinzuzuziehen. Die Forderung, bei Effizienzstudien Katamnesen einzubeziehen, ist alt (z. B. Bastine 1970), und die Notwendigkeit dieser Forderung belegen neuere Katamneseuntersuchungen, aus denen hervorgeht, daß sich die Wirksamkeit der Behandlung von nicht symptomzentrierten bzw. zielorientierten Psychotherapien für einen Teil der Patienten erst längere Zeit nach Abschluß der Behandlung zeigt (z. B. Eckert & Biermann-Ratjen 1985), aber auch gegenläufige Befunde (z. B. Angemend 1992), die zeigen, daß zwar zum Posttestzeitpunkt 88% der Patienten eine Verbesserung in der Hauptsymptomatik (Eßstörung) aufweisen, es aber im Katamnesezeitraum (2-6 Jahre) bei 90,5% der Patientinnen zu einer wenn auch z. T. vorübergehenden Verschlechterung der Eßproblematik kommt.

Aus der Ergebnisdarstellung des Gutachtens ist leider nur teilweise zu ersehen, ob und in welchem Umfang diese drei Kriterien Berücksichtigung gefunden haben. Ersichtlich ist, z. B. aus der Tab. A. V. 1 (S. 83), daß Katamnesen in die Auswertung, die die Basis für die Bewertung bildet, *nicht* einbezogen worden sind. Da die im Gutachten berichteten Befunde offensichtlich nicht auf Studien beruhen, bei denen die drei aufgeführten Kriterien durchgängig erfüllt sind, haben sie m. E. nur eine sehr begrenzte Aussagekraft.

## 1.2 Bilden die im Gutachten berücksichtigten Studien die heutige Therapiepraxis der einzelnen Methoden ab?

Betrachtet man den Zeitraum, aus dem die dem Gutachten zugrundeliegenden Studien stammen, nämlich 1936-1983/4, dann erhebt sich die Frage, ob diese Studien überhaupt geeignet sind, eine repräsentative Grundlage für eine Beantwortung der Fragestellungen des Gutachtens abzugeben.

Dem Gutachten selbst sind solche einschränkenden, selbstkritischen Anmerkungen zu der berichteten „Ergebnis- bzw. Befundlage“ nicht zu entnehmen. Nimmt man die beiden Studien, die gesondert erwähnt werden (Meyer et al. 1981; Grawe et al. 1990) zum Maßstab, dann liegen zwischen Planung bzw. Durchführung und Veröffentlichung von größeren Therapiestudien etwa 10 Jahre. Die im Gutachten berichteten „Ergebnislagen“ basieren danach auf einer Therapiepraxis, wie sie vor 17 und mehr Jahren üblich war. Die ältesten berücksichtigten Studien erfassen therapeutisches Handeln, wie es vor 60 Jahren praktiziert wurde. Die therapeutische Praxis heute ist vielfältiger und die Verbreitung der verschiedenen Methoden eine andere als die, wie sie sich in der Zahl der im Gutachten berücksichtigten Effizienzuntersuchungen spiegelt.

Das weiß sicherlich auch der Autor, aber er sieht offenbar keinen Anlaß, diesen Umstand zu problematisieren. Der Tenor seiner Ausführungen legt vielmehr eine Umkehr der Beweislast nahe: Nicht die Forscher an den Universitäten müssen sich vorgehalten lassen, daß sie in ihren Therapiestudien eine nicht-repräsentative Auswahl der praktizierten therapeutischen Verfahren erfassen, sondern den Therapeuten wird vorgehalten, daß sie nicht bzw. nicht ausreichend dafür gesorgt haben, sich mit Hilfe der Wissenschaft zu legitimieren. Das liest sich im Original z. B. so: „Auch für das Katathyme Bilderleben ist die Befundlage bisher außerordentlich dürftig. Es müßten weit mehr und qualitativ bessere Studien mit überzeugenden Wirksamkeitsnachweisen vorliegen, ehe dem Katathymen Bilderleben der Status eines bewährten Therapieverfahrens eingeräumt werden kann“ (S. 86, Nr. 442).

Mit solchen bewertenden Aussagen mißachtet der Gutachter nicht nur den Gutachtenauftrag, sondern auch in m. E. fataler

Weise rechtsstaatliche Grundprinzipien. Der Gutachtenauftrag sieht vor, daß die „psychotherapeutischen Methoden ... untersucht und bewertet (werden)“ (s. S. 3). Viele Verfahren, wie das Katathyme Bilderleben, sind aber nicht oder nicht ausreichend untersucht worden, werden aber dennoch bewertet. Der Bewertungsmaßstab ist dann plötzlich nicht mehr die Effizienz des Verfahrens, sondern das Fehlen von Forschungen zur Effizienz.

Unter Beachtung rechtsstaatlicher Prinzipien, wie sie z. B. in unserer Rechtsprechung Gültigkeit haben, dürfte der Gutachter nur Aussagen zu den Verfahren machen, die er mit seinen Methoden und Kriterien auch beurteilen kann. Alle Verfahren, auf die er mangels Daten seine Methoden und Kriterien nicht anwenden kann, wie das Katathyme Bilderleben, dürften in dem Gutachten gar nicht erwähnt werden, und wenn, dann als mit seinen Methoden nicht beurteilbare.

## 1.3 Ist das Vorliegen einer methodenspezifischen „ätiologischen“ Theorie ein brauchbares Kriterium zur Beurteilung einer Therapiemethode?

Das Gutachten erhebt das Vorhandensein einer elaborierten Theorie zur Ätiologie psychischer Störungen zu einem Kriterium bei der Beurteilung der einzelnen Therapiemethoden (z. B. Nr. 421). Dieses Kriterium impliziert die Prämisse, daß das Vorliegen methodenspezifischer Theorien zur Ätiologie eine *conditio sine qua non* dafür ist, daß eine Therapiemethode eine solche ist. Diese Prämisse wird nicht begründet und ist m. E. auch nicht schlüssig begründbar:

1. Die Prämisse unterstellt, daß ätiologische Theorien, die im Rahmen einer bestimmten Therapiemethode entwickelt worden sind, nur Gültigkeit innerhalb dieser Therapiemethode besitzen, d. h. nicht generalisierbar sind bzw. von einer anderen Therapiemethode nicht auch zur Grundlage therapeutischen Handelns gemacht bzw. zur Begründung der Wirksamkeit therapeutischen Handelns herangezogen werden dürfen. Das ist eine mehr als fragwürdige Setzung. Ziel ätiologischer Forschung ist doch die Überwindung des derzeitigen Paradoxons, daß PsychologiestudentInnen heute minde-

stens zehn verschiedene, kaum aufeinander bezogene, ätiologische Modelle lernen müssen (z. B. Becker 1982) und daß z. B. die Genese ein und derselben Depression verhaltenstherapeutisch und psychoanalytisch rekonstruiert werden kann.

2. Die Prämisse unterschlägt, daß es kaum gesichertes Wissen über die Zusammenhänge zwischen Ätiologie (Theorie), psychotherapeutischen Handlungsregeln (Technik) und Therapieeffekten bzw. -effizienz gibt.

Die Diskussion dieser Zusammenhänge füllt Bücher, und die bereits 1922 von Freud gestellte Preisfrage, „inwiefern die Technik die Theorie beeinflußt hat und inwieweit die beiden einander gegenwärtig fördern oder behindern“, gilt auch in der Therapiemethode mit der elaboriertesten Theorie, der Psychoanalyse, noch heute als unzureichend beantwortet, wenn nicht gar als unbeantwortbar (vgl. Thomä & Kächele 1985, Kap. 10). Dieses Dilemma hat auch die Verhaltenstherapie eingeht. In einer Überblicksarbeit zur Wirksamkeit von Systematischer Desensibilisierung, einer fast nicht mehr modernen, dafür aber mit am häufigsten untersuchten einfachen Methode zur Angstbehandlung, stellen die Autoren über den Zusammenhang zwischen Theorie und therapeutischer Wirkung fest: „Bislang konnte daher nicht überzeugend dargestellt werden, daß Faktoren, die sich auf spezielle psychotherapeutische Theorien oder Techniken allein gründen, spezifische Wirkungen entfalten“ (Bozok & Bühler 1988).

Das noch 1979 von einem Gutachter (Prof. Dr. Werthmann, Frankfurt/M.) der Verhaltenstherapie bescheinigte „Fehlen eines übergreifenden theoretischen Bezugssystems“ (S. 28, „Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie“) scheint zwar nach Auffassung des vorliegenden Gutachtens in den letzten 12 Jahren überwunden worden zu sein, doch nichts spricht dafür, daß die Verhaltenstherapie auf die Freudsche Preisfrage eine befriedigende Antwort gefunden hätte.

Erlaubt sei in diesem Zusammenhang der Hinweis, daß sich die Gesprächspsychotherapie – vor allem in ihren Anfängen – mit einem Aspekt der Freudschen Preisfrage ausführlicher befaßt hat, und zwar mit der Frage, wie weit sich Theorie und Technik gegenseitig *behindern*. Das Ergebnis dieser Analyse ist bekannt: Rogers beließ sein ätiologisches Modell auf einem sehr hohen

Abstraktionsniveau, nicht zuletzt aus der Überzeugung heraus, daß eine Ansammlung unterschiedlicher differenzierter ätiologischer Theorien im Kopfe eines Therapeuten einer heilsamen therapeutischen Beziehung nicht förderlich ist. Die Gesprächspsychotherapie heute hält diese Schlußfolgerung von Rogers zwar nicht für falsch, leitet daraus aber nicht mehr eine Abstinenzregel im Hinblick auf die Entwicklung eigener bzw. Übernahme bestehender ätiologischer Theorien ab.

## 2. Wie objektiv ist das Gutachten?

Im Kapitel V des Gutachtens gibt es eine Reihe von Hinweisen, die große Zweifel an der Objektivität des verantwortlichen Gutachters aufkommen lassen. Ich möchte dies anhand der Bewertung der Gesprächspsychotherapie aufzeigen.

a) Im Gutachten findet sich die Aussage, daß „die Wirkung von Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu Kontrollgruppen bei stationärer Therapie und bei psychiatrischen Patienten geringer zu sein scheint als bei ambulanter Durchführungsform und anderen Patientengruppen“ (Nr. 411). Merkwürdigerweise wird ein solcher Vergleich der Wirksamkeit der begutachteten Therapiemethode im Hinblick auf stationäre vs. ambulante bzw. psychiatrische vs. nicht-psychiatrische Patienten bei keiner der anderen begutachteten Therapiemethoden aufgeführt. Da man jedoch davon ausgehen kann, daß ein solcher Befund Gültigkeit für alle Psychotherapiemethoden hat, d. h. nicht spezifisch für die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie ist, taucht der Verdacht auf, daß eine tendenziöse Darstellung erfolgt.

b) Bei der Betrachtung der differentiellen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie verläßt der Gutachter seine aufwendig begründete Bewertungsgrundlage, nämlich den meta-analytischen Ansatz, und es werden Aussagen über eine Indikation für Gesprächspsychotherapie vor allem aus *einer Einzelstudie* (Grawe et al. 1990) abgeleitet (Nr. 419).

Hinzu kommt, daß der federführende Autor dieser Einzelstudie, in der drei verschiedene Formen von Verhaltenstherapie miteinander und mit einer Form von Gesprächspsychotherapie verglichen werden,

identisch mit dem Verfasser dieses Teiles des Gutachtens (K. G.) ist. Für den federführenden Forscher K. G. erfreulich, zeigt sich als ein Ergebnis dieser Untersuchung, daß die maßgeblich von ihm entwickelte „moderne Form der Verhaltenstherapie“, die „Interaktionelle Verhaltenstherapie“ (IPV), nicht nur der von ihm untersuchten Form von Gesprächspsychotherapie, sondern auch den anderen Formen von Verhaltenstherapie in vielen Ergebnisvariablen überlegen ist (Grawe et al. 1990).

c) Das Gutachten bescheinigt der Gesprächspsychotherapie eine eingeschränkte Indikations- und Wirkungsbreite (Nr. 419, 422). Diese Aussagen gründen sich allein auf einen Vergleich von Gesprächspsychotherapie mit Verhaltenstherapie. Merkwürdigerweise finden sich im Gutachten keine entsprechenden Aussagen bezüglich der „Indikations- und Wirkungsbreite“ von Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu psychoanalytischer Therapie oder von Verhaltenstherapie im Vergleich zu psychoanalytischer Therapie. Dennoch wird dieses Kriterium dazu verwendet, eine Aussage über die Eignung der Gesprächspsychotherapie als eigenständige Ausbildungstherapie abzuleiten (Nr. 426).

Ferner wird nicht diskutiert, daß die gutachterlichen Befunde zur Indikationsbreite von Gesprächspsychotherapie in krassem Widerspruch zur therapeutischen Praxis stehen. Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, daß Experten (z. B. Psychotherapeuten, Poliklinik-Psychiater; z. B. Blaser 1977) der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu anderen Therapiemethoden das breiteste Indikationsprofil zuweisen, daß Gesprächspsychotherapie die Therapiemethode ist, die am häufigsten zur Anwendung kommt, und daß zwei Drittel der Therapien, die von kassenzugelassenen Verhaltenstherapeuten durchgeführt werden, Gesprächspsychotherapien sind. Letzteres ist im Gutachten selbst in einem Nebensatz nachzulesen (S. 55, Nr. 200).

d) Unter methodischen Gesichtspunkten ist zu bedenken, daß Aussagen zur Indikationsbreite, die sich allein auf Vergleichsuntersuchungen stützen, nur solche Erkrankungen berücksichtigen können, von denen

die miteinander verglichenen Therapieverfahren annehmen, daß sie sie auch erfolgreich behandeln können. Bestimmte Erkrankungen, die z. B. von Gesprächspsychotherapeuten, nicht aber oder selten von Verhaltenstherapeuten behandelt werden (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen) und umgekehrt (z. B. Zwangserkrankungen), bleiben bei dem im Gutachten gewählten methodischen Ansatz unberücksichtigt.

Unberücksichtigt läßt das Gutachten auch, daß bei Aussagen zur Indikationsbreite der von einer Methode erfolgreich zu behandelnden Patienten die Prävalenzraten der jeweiligen Erkrankungen zu bedenken sind.

„Die insgesamt nun doch recht einhellig festgestellten“ Mängel des Gutachtens bezüglich einer einem Gutachten anstehenden Objektivität möchte ich wie folgt zusammenfassen:

Die Maßstäbe für die Beurteilung der einzelnen untersuchten Therapieverfahren wechseln willkürlich: Plötzlich spielt die Zahl der Studien keine Rolle mehr, es wird eine Einzelstudie herangezogen, deren Autor identisch mit dem Gutachter ist, und bei der die von ihm selbst favorisierte Methode allen anderen überlegen ist. Das Kriterium „Indikations- und Wirkungsbreite“ wird nur an die Gesprächspsychotherapie angelegt, bei der Beurteilung der psychoanalytischen Verfahren spielt es keine Rolle usw.

Da drängt sich doch die Frage auf: Was bewegt einen gutachterlich urteilenden Wissenschaftler dazu, zu glauben, mit Hilfe einer Methodik, die *nicht* im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung des Gutachtens entwickelt worden ist, Aussagen darüber machen zu können, ob einem Therapieverfahren der „Status eines bewährten Therapieverfahrens“ zukommt oder nicht, bzw. ob eine Psychotherapiemethode für eine „sinnvolle und erfolversprechende Psychotherapie in Betracht“ kommt? Ich kann als Antwort nur eine psychodynamische Hypothese entwickeln, nämlich die, daß schon Zeus ein ähnliches Motiv hatte, als er die mit Athene schwangere Methis verschlang und sie damit zu einem Teil von sich machte.

## Literatur

- Angemendt, J. (1992): Katamnestiche Untersuchung bei Anorexia und/oder bulimia nervosa. Weiterentwicklung und Verlauf 2-6 Jahre nach einer stationären Therapie. Unveröff. Diss., Hamburg
- Bastine, R. (1970): Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie. In: Schraml, W. J. (Hg.), Klinische Psychologie. Bern: Huber
- Becker, P. (1982): Ätiologie. In: Bastine, R., Fiedler, P. A., Grawe, K., Schmidtchen, S. & Sommer, G. (Hg.), Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim, Basel: edition psychologie
- Balsler, A. (1977): Der Urteilsprozeß bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Bozok, B. & Bühler, K. E. (1988): Wirkfaktoren in der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschr. Neurol. Psychiat. 56, 119-132
- Eckert, J. & Biermann-Rathjen, E.-M. (1975): Stationäre Gruppenpsychotherapie. Berlin usw.: Springer
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990): Differentielle Therapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Z. Klin. Psychol. 19, 4 (Themenheft)
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986): The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. Amer. Psychol. 41, 159-164
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1. Berlin usw.: Springer

→→→ ZEITSCHRIFTEN-NEUERSCHEINUNG ←←←

## HANDLUNG KULTUR INTERPRETATION Bulletin für Psychologie und Nachbardisziplinen

Herausgegeben von Alexander Kochinka und Jürgen Straub

In *Handlung Kultur Interpretation. Bulletin für Psychologie und Nachbardisziplinen* werden Informationen, Rezensionen und Diskussionen zu Beiträgen aus verschiedenen Handlungs- und Kulturwissenschaften veröffentlicht. Im Zentrum stehen handlungs- und kulturpsychologische Diskurse, insbesondere solche, die die Praxis wissenschaftlicher Erfahrungs- und Erkenntnisbildung als eine interpretative Praxis begreifen, reflektieren und anleiten. Dabei interessieren empirische Beiträge ebenso wie Überlegungen zur Theorie, Begrifflichkeit, Methodologie und Methodik von Handlungs- und Kulturwissenschaften. Neben psychologischen Diskursen und Forschungen finden Abhandlungen aus der Philosophie und Soziologie, sowie aus der Pädagogik, Ethnologie, Kulturanthropologie, Geschichts- und Literaturwissenschaft Berücksichtigung. Ein wichtiges Ziel des Bulletins ist die Förderung interdisziplinärer Verständigung. Im ersten Teil, der *Zeitschriftenumschau*, wird über ausgewählte Originalbeiträge aus zunächst ca. 100 Fachzeitschriften informiert (neben bibliographischen Angaben werden Zusammenfassungen der Artikel erstellt). Im zweiten Teil werden *Rezensionsaufsätze* zu Buchpublikationen veröffentlicht, die Diskussionsbeiträge zu Tendenzen und Problemen der Handlungs- und Kulturwissenschaften darstellen sollen. Zudem wird in jedem Heft eine *Abhandlung* zu disziplinenübergreifenden Problemen handlungs- und kulturwissenschaftlicher Forschung publiziert.

Ein Exemplar des Bulletins liegt in den meisten Bibliotheken der Institute für Psychologie zur Ansicht aus!

*Bezugspreise:* Privatpersonen: Jahresabonnement DM 24; StudentInnen: Jahresabonnement DM 16; Institutionen: Jahresabonnement DM 36. Einzelhefte jeweils die Hälfte. *Bestellungen an:* Dr. Jürgen Straub und Alexander Kochinka, Inst. für Psychologie der Univ. Erlangen-Nürnberg, Bismarckstr. 6, 8520 Erlangen, Fax: 09131-856770.