SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Psychotherapie - ein hyperkomplexer Prozess

Hau, Stephan

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Hau, S. (2014). Psychotherapie - ein hyperkomplexer Prozess. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, *38*(2), 69-89. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56628-7

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 Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Psychologie & Gesellschaftskritik, 38 (2), 69-89.

Stephan Hau

Psychotherapie

Ein hyperkomplexer Prozess

Psychotherapie ist ein hyperkomplexer Prozess, dessen einzelne Komponenten mit passenden Forschungsmethoden untersucht und verstanden werden können. Um Evidenz für das Veränderungspotential einer Psychotherapiemethode festzustellen, ist die einseitige Festlegung auf randomisiert-kontrollierte Studien unzureichend. Der breitere Evidenzbegriff, der neben den wissenschaftlichen Untersuchungen auch die klinische Kompetenz der Behandler und die Präferenzen den Patienten berücksichtigt, ermöglicht die differenzierte Perspektive auf die Behandlungen einzelner Patienten. Die Vor- und Nachteile der Evidenzbasierung werden diskutiert und Forschungsalternativen aufgezeigt, die vor allem Veränderungsprozesse beleuchten. Über die unterschiedlichen Entwicklungen einzelner Patienten und über die veränderungsvarianten Variablen innerhalb der Patienten, ist noch zu wenig bekannt.

Schlüsselbegriffe: Psychotherapie, Evidenz, Randomisierung, Prozessforschung, Wirksamkeit, therapeutische Beziehung

Psychische Erkrankungen stellen eine erhebliche Belastung für den einzelnen Menschen dar. Sie sind aber auch ein gesellschaftliches Problem, denn sie sind mit hohen Kosten verbunden. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland gut entwickelt, auch wenn es zu langen Wartezeiten auf eine Therapieplatz kommen kann. Seit Dührssen und Jorswieck (1962) in einer klassischen Untersuchung aufgezeigt hatten, dass die Anzahl der Krankheitstage nach absolvierter Psychotherapie erheblich absinken und sich somit erhebliche Kosten sparen lassen, ist Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen worden. Durch die kompetente Ausbildung, den gesetzlichen Schutz der Berufsbezeichnung ›Psychologischer Psychotherapeut‹ sowie durch die Approbationsvorschriften ist die Qualität der angebotenen Psychotherapien, die von den Krankenkassen erstattet werden, hoch. Patienten haben freien Zugang zu den niedergelassenen, approbierten Psychotherapeuten. Dies bedeutet,

dass alle Bevölkerungsgruppen, unabhängig vom Wohnort oder vom Einkommen, Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung haben.

Diese Situation ist keineswegs selbstverständlich. In anderen Ländern wie zum Beispiel in Schweden, ist die kassenärztliche Versorgung mit Psychotherapie sehr begrenzt und ambulante Psychotherapie wird meist privat finanziert. Es gibt somit erhebliche Unterschiede, welchen Stellenwert eine Gesellschaft psychischem Leiden zumisst und inwiefern die Bereitschaft besteht, eine patientengerechte Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie sicherzustellen. Dabei handelt es sich meist um schwer leidende, traumatisierte beziehungsweise psychisch chronisch kranke Menschen.

Vor diesem Hintergrund ist es auch verständlich, dass die Verfahren, die an einer öffentlich finanzierten psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen möchten, sich einer wissenschaftlichen und kritischen Überprüfung unterziehen, was zum Beispiel deren Wirksamkeit betrifft. Nach welchen Kriterien diese Forschung jedoch durchzuführen ist, um die ›Evidenz‹ für die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens nachzuweisen, ist umstritten.

Psychotherapie ist ein hyperkomplexer Prozess. Deshalb steckt die Psychotherapieforschung in einem Dilemma. Welche Teile dieses hochkomplizierten Prozessgeschehens sollen herausgegriffen und untersucht werden? Nimmt man das theorieunabhängige generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) zum Ausgangspunkt, wird schnell deutlich, welche Vielzahl an Variablen in den Therapieprozess eingehen. Heute wissen wir, dass Psychotherapien wirksam sind und einige Verfahren haben sogar die Auszeichnung ›evidenzbasiert‹ erhalten; über die kognitiven beziehungsweise affektiven Veränderungsprozesse im Patienten, die eine Veränderung bedingen, wissen wir hingegen sehr wenig. Hierin liegt ein Hauptargument für die Notwendigkeit intensiver Psychotherapieprozessforschung.

In der Psychotherapieforschung hat man sich in den letzten beiden Dekaden jedoch vor allem mit Effektforschung beschäftigt, also mit der Frage, wie gut einzelne Therapieverfahren wirken. Mit dem Fokus auf dem Nachweis von Evidenz und der Anwendung randomisiert-kontrollierter

Studiendesigns als wissenschaftlichem ›Gold-Standard‹ können die Fragen nach relevanten Veränderungsprozessen in Psychotherapien aber nicht beantwortet werden. Damit ist auf lange Sicht der wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt für die Entwicklung neuer beziehungsweise verbesserter Therapieformen gefährdet. Deshalb sollte die Praxis heutiger Psychotherapieforschung kritisch überdacht werden, um Perspektiven für zukünftige Forschungen aufzuzeigen.

Psychotherapie als historisch einzigartiger Prozess.

Versucht man den Prozess einer Behandlung zu untersuchen, steht man vor dem Problem, relevante Variablen auswählen zu müssen. Der psychosoziale Kontext eines Patienten aber sowie seine persönliche Geschichte sind ebenso einzigartig wie die des Therapeuten. Neben den unterschiedlichsten Voraussetzungen, die Patienten aus ihrer Lebensgeschichte mitbringen, gibt es auch viele Faktoren, die den individuellen Therapeuten beschreiben. Auch nach einer Therapie lassen sich unzählige Variablen beschreiben, welche auf die posttherapeutische Entwicklung des Patienten Einfluss nehmen können.

Für einen begrenzten Zeitraum arbeiten Patient und Therapeut in einer historisch spezifischen Situation zusammen. Dieser Kontext ist prinzipiell nicht wiederholbar, denn die Erfahrungen, die im Laufe der Stunden gemacht werden, verändern beide Teilnehmer. Somit ist eine Psychotherapie für die Teilnehmer in ihren jeweiligen Lebenskontexten einzigartig. Hierdurch entstehen aber Probleme, wenn es um Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit von Untersuchungsergebnissen psychotherapeutischer Veränderungsprozesse geht.

Untersucht man nun statt der eben beschriebenen Input- beziehungsweise Output-Prozesse den eigentlichen psychotherapeutischen Prozess, den Patienten durchlaufen, so erkennt man schnell, dass man es im Abschnitt zwischen der ersten und letzten Behandlungsstunde mit einer erheblichen Anzahl an Faktoren zu tun bekommt, wenn man veränderungsrelevante Variablen und Situationen erkennen und beschreiben will, und wie sich diese in ihrem zeitlichen Verlauf entfalten. Rahmenfragen,

Dosierung, Frequenz, spezielle Interventionstechniken sind von Bedeutung, sowie Variablen, die auf psychische Konstrukte verweisen wie etwa Einsichtsfähigkeit, Konflikttoleranz, Motivation, Ausdrucksvermögen, Beziehungsfähigkeit oder Leidensdruck.

Die Interaktion in einer Therapie kann ebenfalls Fokus systematischer Untersuchungen sein. Wie gestaltet sich das Gespräch, wie die Arbeitsatmosphäre in einer Therapie? Wie sieht die Beziehung aus, die sich entwickelt. Ist der Therapeut empathisch? Wird Raum für Reflexion geschaffen? Passt sich der Patient den Vorgaben des Therapeuten an und wie verändern sich diese Faktoren über die Zeit?

Eine weitere Dimension für die Erforschung von Teilen des Psychotherapieprozesses ist das innere Erleben der Teilnehmer. Wie empfindet ein Patient die Therapie und seinen Therapeuten? Wird dieser als hilfreich oder als Bedrohung empfunden? Ist ein vertrauensvolles Einbringen auch schwieriger Inhalte für den Patienten möglich? Fühlt sich ein Patient verstanden? Welche Ziele und Hoffnungen entwickelt ein Patient im Laufe der Therapie? Wie erlebt der Patient Konfliktsituationen mit dem Therapeuten? Aber auch der Therapeut reagiert mit inneren Vorstellungen, Gedanken und Phantasien auf den Patienten.

Psychotherapieforschung braucht Methodenvielfalt

Diese Auflistung möglicher Faktoren und Variablen sowie Fragestellungen, die im Rahmen von Psychotherapieforschung untersucht werden können, ist natürlich unvollständig und soll nur einen Eindruck von der Vielfältigkeit des hyperkomplexen Prozesses »Psychotherapie« vermitteln. In wissenschaftlichen Untersuchungen können nur Teile oder Ausschnitte dieser Vorgänge aufgegriffen werden. Die Psychotherapieforschung sieht sich somit einer großen Herausforderung gegenüber, denn zur Untersuchung der komplexen Zusammenhänge müsste ein adäquates Forschungsprogramm entwickelt werden, in dem unterschiedlichste Methoden zur Anwendung gelangen, um aus den durchgeführten Beobachtungen angemessen auf den Erkenntnisgegenstand (vgl. Lorenzer,

1974), hier: innerpsychische Veränderungsprozesse im Patienten, Rückschlüsse ziehen zu können.

Die Forderung, dem Forschungsgegenstand angemessene Untersuchungsmethoden zu entwickeln, gilt heute für alle Wissenschaften (vgl. Hampe & Lotter, 2000). Umso erstaunlicher ist es, dass in der aktuellen Psychotherapieforschung immer noch ein Untersuchungsdesign als ›Goldstandard‹ deklariert wird, mit dem Evidenz für die Wirksamkeit von einer Psychotherapieform ermittelt werden kann: Randomisiert-kontrollierte Studien. Mit Randomisierung ist die zufällige Aufteilung der Patienten auf die verschiedenen Behandlungsbedingungen gemeint. Meist wird das Ausmaß der Symptomatik in der Gruppe der behandelten Patienten vor und nach der Therapie beziehungsweise der Kontrollbedingung miteinander verglichen und aus den Differenzen der Symptomreduktion auf die Wirksamkeit einer Therapie geschlossen. Der Anspruch dabei ist, kausale Erklärungen für Veränderungen zu finden.

Es erscheint bemerkenswert, dass dieser Prä-post-Vergleich zur Feststellung der Evidenz allgemein akzeptiert wird und sich wenig Gedanken darüber gemacht wird, was mit den anderen Variablen und Faktoren im Laufe der Zeit geschieht und wie diese zu den Veränderungen beitragen. Es erscheint vielmehr allgemein akzeptiert, eine Psychotherapieform, die als ›evidenzbasiert‹ bezeichnet wird, als wissenschaftlich überprüft anzusehen, ohne genauer zu fragen, wie diese Untersuchungen durchgeführt wurden und ob die Therapieform auch in der Praxis so durchführbar ist.

Heute ist von einer Hegemonie ›evidenzbasierter‹ Therapien auszugehen. Was als ›wissenschaftlich‹ begründet gilt, wird durch dieses Paradigma bestimmt. Am Grundgedanken der Evidenzbasierung ist einerseits nichts auszusetzen, andererseits erscheint aber der zur Anwendung gelangende Evidenzbegriff fraglich. Mit den RCT-Studien wird eine bestimmte Art von Untersuchung und somit eine bestimmte Art von Befunden als (einzig) akzeptable wissenschaftliche Vorgehensweise deklariert und andere Untersuchungsansätze oder Forschungsparadigmen ausgeschlossen. Hierdurch wird eine einseitige, insofern gefährliche wissenschaftliche Monokultur geschaffen, wissenschaftliche Erkenntnis auf lange Sicht eher eingeschränkt oder sogar verhindert.

Tschuschke (2005) vermutet, dass sich »unter dem Deckmantel der vermeintlichen Wissenschaftlichkeit […] eine Art von Interessen-Klüngel« verberge, der keineswegs nur patientenorientiert sei, sondern zum Einen von Leistungsträgern missbräuchlich verwendet werde, um Kosten einzuschränken, zum Anderen sei die Debatte von berufspolitischen Interessenverbänden instrumentalisiert (vgl. Henningsen & Rudolf, 2000; Berner et al., 2000).

Das Evidenzkonzept

Bereits Archie Cochrane (1972/1989) hatte bei der Entwicklung und Einführung des Evidenzkonzeptes in der Medizin eine Integration dreier Informationsquellen für Evidenz vorgeschlagen: Neben der wissenschaftlichen Überprüfung beschrieb er die klinische Kompetenz des Therapeuten (Arztes) sowie die Präferenz des Patienten als zwei weitere wesentliche Anteile des Evidenzkonzeptes. Die beiden letzteren Evidenzbestandteile werden in den aktuellen Untersuchungen evidenzbasierter Psychotherapien mehr oder weniger vollständig ignoriert.

Unberücksichtigt bleiben das gesammelte Erfahrungswissen der Kliniker einerseits, die in unzähligen Behandlungsstunden mit ihren Patienten ein feines Gespür für relevante therapeutische Veränderungsmomente entwickelt haben, andererseits die Aussagen der Betroffenen, nämlich der Patienten selbst. Diese haben meist ein gutes Gefühl dafür, welche Therapieform für sie hilfreich ist. Es erscheint geradezu unbegreiflich, wieso dieser Wissensschatz nicht systematischer untersucht beziehungsweise zur Hypothesenentwicklung und -überprüfung genutzt wird.

Ist die Evidenz für eine Behandlung festgestellt worden, folgt im zweiten Schritt die Aufnahme in einen Katalog ›evidenzbasierter‹ Therapien. Nur diese ›evidenzbasierten‹ Therapien gelten dann in den Augen vieler als wissenschaftlich begründet, werden auch von den Krankenkassen erstattet. Zunächst erscheint dieses Vorgehen angemessen, werden doch die ›Evidenz-Prädikate‹ nur zeitbefristet vergeben. Nach 5-10 Jahren müssen neue Studien vorgelegt werden, für den erneuten Effektivitätsnachweis. Die Listen der evidenzbasierten Behandlungen sind also offen, und die

Beschlüsse werden in einem demokratischen Prozess gefasst. Ungesagt bleibt aber, dass der Evidenzbegriff doppelt eingeschränkt wurde, zum einen blieb die klinische Kompetenz und die Patientenpräferenz als Informationsquelle unberücksichtigt, zum anderen wurden eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungsansätze ausgeschlossen. Dabei gibt es Alternativen.

Stadien der Psychotherapieforschung: Methodologischer Pluralismus

Kächele, Schachter & Thomä (2007) unterschieden sechs gleichwertige Stadien der Psychotherapieforschung: Klinische Fallstudien, Deskriptive Studien, Experimentelle Laborforschung, experimentelle Studien/klinisch kontrollierte Studien, Naturalistische Studien und Patienten-fokussierte Studien. Die verschiedenen Ansätze verwenden unterschiedliche Methoden, in Abhängigkeit von der Forschungsfrage. Jeder Ansatz hat seine Vor- und Nachteile, aber zusammengenommen ergibt sich ein hinreichend komplexes Arsenal von unterschiedlichen Methoden und Forschungsdesigns, um psychotherapeutische Veränderungsprozesse zu beschreiben. Es ist von daher unverständlich, sich nur auf einen Ansatz, nämlich auf den der experimentell-kontrollierten Studien zu beschränken.

Auf diese Weise wird eine Pferderennen-Mentalität tradiert, die danach fragt, welches Behandlungspaket den Sieger darstellt und nicht danach aus ist, für den jeweiligen individuellen Patienten die beste Behandlung herauszufinden. Dies führte oft zu grotesken Studien, in denen der zur Überprüfung stehende Behandlungsansätze mit schwachen Alternativen, Wartelisten oder TAU-Bedingungen verglichen wird, von denen bekannt ist, dass sie nicht die ideale Vergleichsbedingung darstellen. Selbst bei elaborierten Studien, in denen eine aktive Therapie als Vergleichsbedingung herangezogen wird, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, welche Elemente der erfolgreichen Therapie für die Veränderungen verantwortlich waren. Es bleibt ungeklärt, ob es die Therapie als Ganze war, die Veränderungen bewirkte, eine bestimmte Komponente der therapeutischen Technik oder vielleicht doch andere, mehr allgemei-

ne (psychosoziale) Wirkfaktoren? Diese Fragen lassen sich mit einer gewöhnlichen RCT-Studie nicht beantworten. Dazu bedürfte es Dismantling Techniken oder additive experimentelle beziehungsweise multifaktorielle Designs. Diese besonderen Studien sind aufwändig durchzuführen und es ist zweifelhaft, ob dabei mit der Generierung von klinisch-theoretischen Hypothesen wirklich Schritt gehalten werden kann. Immerhin bedürfte es für alle psychischen Störungen, die im DSM-5 aufgelistet sind, mindestens zwei RCTs, die von unabhängigen Forschergruppen durchgeführt werden müssten und die zum gleichen Ergebnis gelangen, damit eine Therapie als evidenzbasiert gelten kann. Wenn man nun noch einfache Komorbidität annimmt, wächst die Zahl der erforderlichen Studien exorbitant. Berücksichtigt man auch die Forderung, dass die Evidenzlage aller 5-10 Jahre überprüft werden soll, dann erkennt man schnell, dass hier alle Grenzen des Möglichen gesprengt werden, wenn für alle Störungsbilder das gleiche Procedere gelten soll. Geht man darüberhinaus noch davon aus, dass nicht alle konfundierenden Variablen, die mit dem Ergebnis zusammenhängen, immer gleich genügend kontrolliert sein werden, auch bei erfolgter Randomisierung, dann bekommt man eher den Eindruck, dass auch die Forderung nach mindestens einer unabhängigen Replikation, eher eine Glaubensfrage, denn eine wissenschaftliche Angelegenheit ist (vgl. Krause & Howard, 1999).

Für...

Es gibt eine Reihe Argumente, die für Evidenzbasierung sprechen. Gegen die systematische Sammlung wissenschaftlich gesicherten Wissens ist überhaupt nichts einzuwenden, im Gegenteil. Die Anwendung wissenschaftlicher Methoden bei der Weiterentwicklung von Psychotherapien ergibt mit größerer Wahrscheinlichkeit eine bessere Beschlussgrundlage als persönliche Vorlieben und Überzeugungen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Finanzierung von Behandlungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems. Ergebnisse über Behandlungseffekte lassen sich besser und nachvollziehbarer kommunizieren.

Die wissenschaftliche Logik der möglichst gleichen Anwendung eines Verfahrens durch unterschiedliche Therapeuten hat zur Ausformulierung von Behandlungsmanualen geführt. Diese versammeln klinisches Anwendungswissen in einer möglichst klar verständlichen Sprache und lassen sich somit sehr gut auch in der Ausbildung von Psychotherapeuten anwenden, was die Qualität der Ausbildung verbessern hilft.

Im Laufe der Jahre wurden die methodischen Anforderungen an die wissenschaftlichen Studien immer weiter entwickelt. Somit trägt die Notwendigkeit der Evidenzbasierung auch indirekt zur Verbesserung der Psychotherapieforschung bei.

...und Wider

Es gibt aber auch gewichtige Argumente gegen die einseitige Auslegung und Verkürzung des Evidenzbegriffes. Besonders gravierend ist der Einwand, dass mit dem medizinischen Modell, das den RCT-Studien zugrunde liegt, ein völlig unpassendes Paradigma in der Psychotherapieforschung angewendet wird.

Levy und Ablon kommentieren:

> When worship at the altar of the randomized controlled trial is transferred to psychotherapy research, we are confronted with a host of problems. The most striking difficulty is that pills and psychotherapistst are different. Pills are smaller than psychotherapists; pills are not living, breathing organisms like psychotherapists; pills do not have personalities like psychotherapists; and perhaps most important, a pill and a patient do not have a complex human relationship in the way that a psychotherapist and a patient do (2008, p. viii).

Psychotherapeutische Maßnahmen sind nicht mit der Verabreichung eines Medikamentes zu vergleichen. Psychotherapie ist eine Erfahrung, keine Medizin. Der Patient bekommt kein Verum, keine Substanz verabreicht, sondern Veränderungen vollziehen sich im Kontext der psychotherapeutischen Beziehung. Psychotherapie ist auch keine Technik, die

durchgeführt wird, um eine Symptomatik oder ein Krankheitssyndrom zu beseitigen. Allerdings wird am medizinischen Modell festgehalten, wenn so getan wird, als ob in einer Psychotherapie gewisse Funktionseinheiten oder Module innerhalb des Patienten ›repariert‹ oder ›ausgetauscht‹ werden können, um die volle Funktionsfähigkeit wieder herzustellen. Somit wird der Mensch aus seinen Lebenskontexten und aus seiner Geschichte herausgelöst und als eine Ansammlung von unterschiedlichen Funktionsmodulen beschrieben, die sich reparieren lassen. Von einem humanistischen Ansatz, der das Individuum in seinem Lebenszusammenhang versucht zu verstehen, bleibt hier nicht viel übrig.

Im medizinischen Modell wird von einzelnen differenzierbaren Störungen ausgegangen. Die individuelle Vielfalt von Faktoren, die an der Entstehung und der Beibehaltung einer psychischen Störungen beteiligt sind, kann demgegenüber sehr verschieden ausgeprägt sein (vgl. Henning sen & Rudolf, 2000; Kriz, 2005). Für die Berücksichtigung dieser idiosynkratischen Gegebenheiten in der Psychotherapieforschung eignen sich das medizinische Modell und die damit verbundenen deskriptiv formulierten Diagnosesysteme DSM und ICD nur eingeschränkt. Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen, welche die Patienten mitbringen, kann nicht von der gleichen Diagnose auf die gleichartige Behandlungsnotwendigkeit geschlossen werden (vgl. Sanderson, 1998). Im medizinischen Modell wird von isolierbaren Störungen statt von behandlungsbedürftigen Patienten ausgegangen. Über die deskriptive Zusammenstellung einzelner Symptome gelangt man zur Diagnose und zur damit verbundenen Indikation. Diese wird nicht gemeinsam mit dem Patienten ausgehandelt, sondern ›gestellt‹. Dabei ist die Beschreibung des individuellen, lebensgeschichtlichen Kontextes, in dem ein Patient erkrankte, nicht von Interesse.

Personen und Individuen werden dabei zu Krankheitsziffern, zu Syndromen. Die standardisierte Behandlung passt im Prinzip für alle mit der gleichen Diagnose, und es ist die Behandlungstechnik auf die es schließlich ankommt. In einem kontextuellen Modell hingegen wird Psychotherapie als gegenseitige Übereinkunft zur Zusammenarbeit konzipiert. In einer Psychotherapie werden keine Krankheiten behandelt, sondern Patienten, Menschen. Deshalb ist Psychotherapie auch nicht unbedingt an

eine Diagnose gebunden, sondern will auch helfen, Zusammenhänge zu verstehen, was im Rahmen einer psychotherapeutischen Beziehung möglich wird. Innerhalb dieser Beziehung vollziehen sich die Veränderungsprozesse. Psychotherapie ist dabei ein offener Prozess, bei dem Therapeut und Patient im Mittelpunkt stehen und nicht der Behandlungsansatz oder ein bestimmtes Set von Interventionen. Der Patient wird letztlich als Experte für sich selbst angesehen und es wird versucht, Lebenskontext und individuelle Lebensgeschichte mit einzubeziehen. Der Therapeut kann dabei Hinweise und Ideen besteuern, aber es ist letztlich der Patient selbst, der darüber befindet, ob eine Intervention hilfreich ist oder nicht. Dem empathischen Einfühlen in die Erlebniswelt und dem Verstehen des Patienten steht die Beschreibung des Patienten als ›Symptom‹ oder ›Syndrom‹ mit Hilfe einer diagnostischen Terminologie, entgegen.

Manualisierung

Da keine Doppelblindstudien als Psychotherapievergleichsstudien durchgeführt werden können, wird versucht, die Durchführung der Therapien vergleichbar zu machen. Dies bedeutet, dass, unabhängig von beruflicher Erfahrung oder Talent des Therapeuten, davon ausgegangen wird, dass, durch eine Manualisierung des therapeutischen Vorgehens, alle Therapeuten die Therapie gleich durchführen. Die so genannten ›Allegience‹, inwieweit ein Therapeut sich bei der Durchführung der Therapie an das Manual hält, kann zwar überprüft werden, dennoch kann man nicht davon ausgehen, dass die Therapien von allen Therapeuten gleich umgesetzt werden. Bekannt ist, dass selbst die ›großen‹ Erfinder einzelner Therapierichtungen nicht nach ihren Manualen arbeiteten, wenn es die therapeutische Situation verlangte (vgl. Goldsamt, Goldfried, Hayes & Kerr, 1992). Es gibt Hinweise dafür, dass individualisiert an den jeweiligen Patienten angepasst arbeitende Therapeuten erfolgreicher behandeln (vgl. Owen & Hilsenroth, 2014).

Gleichzeitig entsteht das Dilemma, dass Psychotherapien eben nicht von jedem, der in der Anwendung eines bestimmten Manuals ausgebildet ist, professionell und adäquat durchgeführt werden können, sondern es

hierzu einer Spezialausbildung bedarf, samt der Entwicklung klinischer Erfahrung.

Die Manualisierung der Behandlungen versucht sicher zu stellen, dass eine Therapie für alle Patienten in gleicher Art und Weise appliziert wird. Dies ist aber nicht der Fall, Therapeuten arbeiten unterschiedlich, trotz Manual. Und diese unterschiedliche Arbeitsweise hat nicht unerheblichen Einfluss auf die Behandlungsresultate (vgl. Duncan, 2010; Blow, Sprenkle & Davis, 2007).

Weitere Einwände

Seit der Festlegung auf ›wissenschaftliche‹ Kriterien für die Erforschung von Psychotherapiewirksamkeit durch die American Psychological Association (vgl. APA, 2006) kam es zu einer Bevorzugung der Studien mit randomisiert-kontrolliertem Design. Die randomisierte Zuteilung zu den einzelnen Behandlungsbedingungen ist aber ethisch nicht immer unproblematisch, wenn zum Beispiel schwer kranken Patienten eine helfende Behandlung aufgrund der Randomisierung vorenthalten würde. Um die Fehlervarianz gering zu halten, wurden vielfach nur monosymptomatische Patienten in die Studien aufgenommen. Dadurch wurde zwar die interne Validität erhöht, leider entspricht diese Patientengruppe aber nur einem kleinen Teil der Patienten, die in der klinischen Alltagspraxis auftauchen.

Schließlich gibt es klinische Einwände gegen das RCT-Paradigma. Nicht alle Patienten entwickeln sich gleich in ihren Psychotherapien. Einige Patienten zeigen erst spät klinische Veränderungen, andere hingegen haben eine rasche Symptomreduktion. Wirft man nun alle Patienten in einen Topf und berechnet Durchschnittswerte der Veränderung, zum Beispiel der Symptomatik, erhält man ein gutes Bild über den Durchschnittswert der Veränderung einer Gruppe, hat aber keinerlei Informationen über den Einzelfall. Bei der Prä-Post-Messung wird auch von einem ziemlich vereinfachenden, groben Veränderungsmodell ausgegangen, das selbst als voreilig oder im schlimmsten Falle unwissenschaftlich gelten mag, denn es werden damit keine theoretischen oder klinisch rele-

vanten Fragen beantwortet wie zum Beispiel nach dem richtigen Zeitpunkt einer Intervention, den zugrunde liegenden Veränderungsmechanismen innerhalb des Patienten oder den individuellen Veränderungsmustern des einzelnen Patienten innerhalb seiner Psychotherapie. Ein ernstes Problem stellen die Patientengruppen dar, die sich in einer ›evidenzbasierten‹ Therapie entweder gar nicht verändern beziehungsweise verschlechtern. Spätestens hier ist man gezwungen, will man denn wirklich verstehen, was zu den negativen Ergebnissen führte, die spezifischen Bedingungen der einzelnen dyadischen Therapiesituationen zu untersuchen, was auch die spezifischen Lebenskontexte des einzelnen Patienten, sowie idiosynkratische Bedeutungen mit einschließt. Hier müssen andere Forschungsstrategien und Methoden eingesetzt werden. Spätestens hier wird auch deutlich, dass das starre Festhalten an den Evidenzkriterien für die ›wissenschaftliche› Untersuchung von Psychotherapieprozessen eher Propaganda gleicht denn wirklichem wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse.

Ein weiterer Punkt, der dieses Problem verdeutlicht, sind Psychotherapieformen, bei denen eine Randomisierung schwer durchführbar ist (samt der Replikation unter exakt gleichen Bedingungen), etwa bei Gruppen, Familien oder Paaren. Die angewendeten ›bona-fide‹-Behandlungen können somit kein ›Evidenz‹-Prädikat aufweisen, sind aber dennoch wirksam. Damit wird auch der Denkfehler verdeutlicht, der vielfach dazu führt, dass eine Therapieform als unwirksam erklärt wird, nur weil sie nicht als evidenzbasiert in einer Liste mit ›wirksamen‹ Behandlungen aufgeführt wird.

Auch die Frage nach dem Behandlungserfolg oder warum ein Patient eine Therapie aufsucht, lässt sich nicht einfach beantworten. Bedeutet die vermehrte Anwendung von Medikamenten oder häufigere Arztbesuche nach Beendigung einer Therapie automatisch, dass eine Psychotherapie erfolglos blieb? Oder übernimmt ein Patient nun ernsthaft Verantwortung für sich selbst? Bedeutet allein die Symptomverminderung ein Erfolgskriterium? Wie steht es mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit? Lässt es sich ›messen‹, ob Psychotherapie einen konfliktfähigeren Patienten hervorbringt, der familiäre Konflikte nicht mehr ausagiert, sondern

lösen kann und damit zur Entspannung der Familiensituation beiträgt, wonach sich wiederum die Schulleistungen der Kinder verbessern?

Dass die Logik der RCT-Studien schließlich den Einzelfall eliminiert, wenn sich ein signifikanter, genereller Effekt auf Gruppenmittelwerte stützt, ist besonders bemerkenswert, denn medizinischer Fortschritt wurde oft durch die sorgsame Untersuchung und Auswertung von Einzelfällen erreicht. Werden Behandlungseffekte letztlich als epidemiologische Effekte interpretiert, entsteht ein statistisches Paradox: Man erhält Evidenz für eine Patientengruppe, aber man bleibt unsicher im Hinblick auf den Einzelfall.

Aus den Ergebnissen der Psychotherapieforschung geht deutlich hervor, welche große Bedeutung die therapeutische Beziehung für das Behandlungsergebnis hat. Das bedeutet aber auch, dass im Feld der Psychotherapie ›kontextuelle Effekte‹ einen Teil der ›Behandlung‹ ausmachen. Von daher kann in Frage gestellt werden, ob das wissenschaftliche RCT-Modell die entscheidenden Effekte in einer Therapie überhaupt darstellt.

Langzeittherapien, Komorbidität und Katamnese

Leider hat sich gezeigt, dass viele Patienten, die sich in Langzeitbehandlungen befinden, Komorbiditäten aufweisen, etwa schwere Persönlichkeitsstörungen oder frühere traumatische Erlebnisse (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2001). Diese Patientengruppe unterscheidet sich deutlich von den monosymptomatischen Patienten, die in vielen RCT-Studien von Kurzzeittherapien untersucht wurden. Ein weiteres, schwerwiegendes Problem, das die Gültigkeit der experimentellen Studien einschränkt, ist das Phänomen, dass Behandlungseffekte, die in kontrollierten Studien aufgezeigt wurden, in der klinischen Praxis deutlich schwächer ausfallen. Somit entstehen Zweifel, ob die unter Studienbedingungen erhobenen Ergebnisse auf die gewöhnliche klinische Praxis übertragbar sind. Die Behandlungen in den Studien sind häufig kürzer als die im Praxisalltag. Patienten mit schwerer Problematik oder früheren, negativen Therapieerfahrungen zeigen womöglich eine geringere Compliance, benötigen eine maßgeschneiderte Therapie im Hinblick auf Dauer, Setting, Frequenz

und Behandlungstechnik. Es wäre naheliegend, eher die klinische Alltagspraxis mit Hilfe naturalistischer Studien zu untersuchen, anstatt kontrollierte Laborstudien durchzuführen. Dass hier Forschungsbedarf besteht, zeigt ein kurzer Blick auf die Zahlen zur Depressionsbehandlung. Bei Patienten mit major depression wissen wir, dass viele auf Behandlungen nicht ansprechen oder nach kurzer Zeit ein Rezidiv entwickeln (vgl. Biological Psychiatry, 2003; Blatt et al., 2000). Eine große Zahl von Patienten reagiert somit nicht oder nur unzureichend auf meist kurze, ›evidenzbasierte‹ Behandlungen. Es ist naheliegend anzunehmen, dass gewisse Patienten möglicherweise längere Behandlungszeit brauchen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, angemessene Forschungsstrategien zu entwickeln, um Langzeitbehandlungen und deren Effekte zu beforschen. Hierzu gibt es eine Reihe von beispielhaften Forschungsprojekten wie die Münchner Depressionstudie (Huber et al., 2012), die Tavistock Adult Depression Study (Taylor et al., 2012), oder die LAC-Depressionsstudie (Leuzinger-Bohleber, Bahrke & Negele, 2013).

Verschiedenes

Evidenzbasierung, angewandt in einem hyper-komplexen Forschungsfeld verspricht eine Reduktion der Komplexität und somit eine Erleichterung bei der Entscheidungsfindung. Das ist zum Beispiel für Politiker oder die Kostenträger interessant. Diese Ziel wird dadurch erreicht, dass genau die komplizierten Fälle ausgeschlossen werden (z. B. wegen Komorbidität), welche in den naturalistischen Settings sehr wohl auftauchen. Ergebnis ist, dass nicht eine komplexe naturalistische Situation untersucht, sondern eher ein mehr oder weniger künstliches Kriterium erfüllt wird. Somit besteht Grund zur Annahme, dass die Behandlungen, die in kontrollierten Studien überprüft werden, in der Praxis so nicht vorkommen, und dass die Therapien, die in der Praxis angewendet werden, nicht geprüft und damit nicht evidenzbasiert sind.

Schließlich gibt es auch noch politische und ökonomische Interessen, welche die Evidenzentscheidungen beeinflussen (vgl. Hafferty & Light, 1995; Haycox & Walley, 1999; Vogd, 2002, 303ff.). Die enormen Kos-

ten von RCT-Studien haben den Effekt, dass diese nur durchgeführt werden können, wenn es starke Geldgeber gibt. Dies hat dazu geführt, dass mehr Studien von Pharmafirmen (mit-)finanziert werden. Andere Therapien haben dann weniger Chancen, die RCT-Standards zu erfüllen, weil die unterfinanziert sind (Kienle et al., 2003). Schließlich gibt es auch soziologische Probleme. Im Rahmen formalisierter Untersuchungen wird eine große Anzahl Fälle benötigt. Damit haben seltene oder auch chronische Erkrankungen geringere Chance, untersucht zu werden.

Neben dem Publikationsbias (bessere Publikationschance von RCT-Studien, Zurückhaltung von unerwünschten Ergebnissen) haben Luborsky et al. (1999; vgl. Leykin & DeRubeis, 2009) noch einen anderen, für die Psychotherapieforschung wichtigen Bias beschrieben, den sogenannten Allegiance-Effekt. Dieser bedeutet, dass diejenigen, die Forschung finanzieren oder Verantwortung tragen, oftmals ein theoretisches oder ökonomisches Interesse am erfolgreichen Abschneiden einer Behandlung haben. Auf subtile Weise scheint sich die Wahrscheinlichkeit für ein gewünschtes Resultat zu erhöhen. Dieser Bias ist sowohl in Medikamentenstudien als auch in Psychotherapiestudien zum Teil deutlich vorhanden, was zur Konsequenz hat, dass nicht auszuschließen ist, dass sich die evidenzbasierten Therapien auf zweifelhafte Ergebnisse stützen. Luborsky et al. (1999) beschreiben, dass in 80% aller Psychotherapiestudien ein positives Resultat für den Behandlungsansatz zu verzeichnen war, den der verantwortliche Forscher unterstützte.

Tauwetter?

Hat mittlerweile Tauwetter eingesetzt? Die APA hat in ihrer Empfehlung der Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2005) die Definition dessen erweitert, was als Evidenznachweis angesehen werden kann. Dieser beinhaltet nun auch klinische Beobachtungen und Fallstudien.

Der Aufruf der APA nach einer breiteren Definition dessen, was als empirische Evidenz in der Psychotherapieforschung gelten kann, wurde bereits als Paradigmenwechsel verstanden (Dattilio, Edwards, & Fishman, 2010). Nun seien auch die Kombination von quantitativen und

qualitativen Forschungsmethoden denkbar oder die Anwendung experimenteller und quasi-experimenteller Forschungsstrategien, womit sowohl nomothetische Aussagen getroffen und kausale Zusammenhänge aufgezeigt werden könnten. Gleichzeitig ließen sich idiographische und kontextspezifische Faktoren untersuchen, welche die generellen Ergebnisse einschränken können, aber auch Informationen dazu liefern, wie allgemeine Vorgänge sich im spezifischen Fall widerspiegeln. Durch Gruppenvergleiche aber auch durch Einzelfallforschung ließen sich verfrühte Schlussfolgerungen vermeiden.

Dass es eine verstärkte Hinwendung zum Einzelfall gibt, belegen nicht zuletzt die Gründungen von neuen Zeitschriften wie etwa der Zeitschrift *Clinical Case Studies* oder der Zeitschrift *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. Hier werden nicht einfach Einzelfälle beschrieben, sondern es wird gleichzeitig eine integrative Datenbank aufgebaut, welche die Möglichkeiten eröffnet, Einzelfälle zu aggregieren und systematisch miteinander zu vergleichen (etwa erfolgreiche versus erfolglose Behandlungen). Vielversprechend erscheint auch die von Kächele initiierte Sammlung und Untersuchung von missglückten Behandlungsfällen, aus denen sich Schlussfolgerungen über Risiken und Behandlungsfehler ziehen lassen (vgl. Kächele & Grundmann, 2011). Dies eröffnet völlig neue Forschungsperspektiven in der Psychotherapieforschung, wie etwa die Entwicklung komplexer Hypothesen über den sequenziellen Einfluss einzelner Variablen auf das Behandlungsergebnis. Damit würde die klinische Behandlungssituation zu einem natürlichen Labor für neue Entdeckungen, ganz im Sinne von Westen, Novotny und Thompson-Brenner, die anmerkten, dass ›viele, wenn nicht die meisten der wichtigsten klinischen Innovationen in der Geschichte des Feldes aus der klinischen Praxis stammten‹ (2004, S. 656 – Übersetzung SH).

Kazdin (2008) stellte fest, dass die Psychotherapieforschung von der systematischen Untersuchung der Erfahrungen, welche die Kliniker machen, sehr profitieren würde. In gewisser Weise erlebt dadurch das von Freud formulierte Junktim von ›Heilen und Forschen‹ eine Renaissance. Kliniker müssen nicht gleichzeitig Forscher sein, die komplexe Daten analysieren, sondern sie formulieren klinische Hypothesen, die sie am

Einzelfall überprüfen. Als Nebeneffekt würde dann auch der bisher unterbeforschte Umsetzungsprozess von in der Theorie beschrieben Therapien in die klinische Praxis, untersuchbar werden.

Letztlich geht es um die Frage, ob sich klinische Entdeckungen formalisieren lassen. Es ist ein großes Missverständnis, dass Einzelfallstudien immer noch als Untersuchungen zweiter Klasse angesehen werden, so als ob das allgemeine, theoretische und kontextunabhängige Wissen wertvoller sei als das konkret, kontext-gebundene, klinische Praxiswissen. Weitere Fehleinschätzungen sind, dass sich vom Einzelfall aus keine generellen Schlüsse erheben ließen und dass Einzelfälle eher für die Hypothesengenerierung gut seien und nicht für das Hypothesen-Testen.

Verstärkt wird in letzter Zeit auch die Einbeziehung von Moderator- und Mediator-Analysen in das Standard RCT-Design. Auch die Untersuchung von Ergebnisprädiktoren erscheint vielversprechend. Aufgrund welcher frühen Anzeichen und Signale lassen sich Behandlungsergebnisse vorhersagen? Bei welchen Patienten, unter welchen Bedingungen und wie funktionieren die Interventionen?

Dies sind erste, vielversprechende Ansätze. Letztendlich müssen bei den Forschungen die Patienten im Mittelpunkt stehen. Bis zur angemessenen Forschungsstrategien für die hochgradig komplexen psychotherapeutischen Interaktions- und Veränderungsprozessen ist es jedoch noch ein weiter Weg.

Literatur

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61* (4), 271–285 DOI, 10.1037/0003-066X.61.4.271.

Berner, Michael Martin, Rüther, Alric, Stieglitz, Dieter & Berger, Mathias (2000). Das Konzept der „Evidencebased Medicine" in der Psychiatrie. Ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? *Der Nervenarzt, 71* (3), 173-180.

Blatt, Sidney J., Zuroff, David C., Bondi, Colin M. & Sanislow, Charles A. (2000). Short and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychotherapy Research, 10* (2), 215-234.

Blow, Adrian, Sprenkle, Douglas & Davis, Sean (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. J*ournal of Marital and Family Therapy, 33* (3), 298–317.

Cochrane, Archie L (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1989.

Dattilio, Frank, Edwards, David, & Fishman, Daniel (2010). Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47* (4), 427-441. doi: 10.1037/a0021181.

Dührssen Annemarie & Jorswieck, Eduard (1962). Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychother, 10*, 329-342.

Duncan, Barry (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia, 16* (4), 42-51.

Goldsamt, Lloyd, Goldfried, Marvin, Hayes Adele & Kerr, Sandra (1992). In Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy, 29,* 267-276.

Hafferty, Frederic W. & Light Donald W. (1995). Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behaviour (Extra Issue)*, 132–153.

Haycox, Alan & Walley, Tom (1999). Clinical guidelines and the hidden costs. *British Medical Journal, 318*, 391-393.

Hampe, Michael & Lotter, Maria-Sibylla (Hrsg.). (2000). *»Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben«: über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften*. Berlin: Duncker und Humblot.

Henningsen, Peter & Rudolf, Gerd (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50* (9/10), 366-375.

Huber, Dorothea, Zimmermann, Johannes, Henrich, Gerhard & Klug, Gerd (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – A three-year follow-up study. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 58*, 299–316.

Kächele, Horst, Schachter, Joe & Thomä, Helmuth (2007). Single Case Research: The German Specimen Case Amalia X. In Raymond Levy, J. Stuart Ablon, & Horst Kächele (Eds.), Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence (pp. 471-486). New York: Springer.

Kächele, Horst, & Grundmann, Esther (Hrsg.). (2011). FehlerKultur. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 2.

Kazdin, Alan (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, 146-159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146.

Kienle, Gunver, Karutz, Markus, Matthes, Harald, Matthiessen, Peter, Petersen, Peter & Kiene, Helmut (2003). Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Deutsches Ärzteblatt, 100* (33), A 2142-A 2146.

Krause, Merton & Howard, Kenneth (1999). »Between-group psychotherapy research and basic science« revisited. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 159–170.

Kriz, Jürgen (2005). Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN. *Psychotherapeutenjournal, 4,* 12-20.

Levy, Raymond & Ablon, Stuart (2008). *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy*. Clifton, New Jersey: Humana Press.

Leuzinger-Bohleber, Marianne, Stuhr, Ulrich, Rüger, Bernd & Beutel, Manfred (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien – eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche, 55*, 193-276.

Leuzinger-Bohleber, Marianne, Bahrke, Ulrich & Negele, Alexa (Hrsg.). (2013). *Chronische Depression. Verstehen – Behandeln – Erforschen.* Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leykin, Yan & DeRubeis, Robert (2009). Allegiance in Psychotherapy Outcome Research: Separating Association From Bias. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 54-65.

Lorenzer, Alfred (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luborsky, Lester, Diguer, Louis, Seligman, David A., Rosenthal, Robert, Krause, Elizabeth D., Johnson, Suzanne, Halperin, Gregory, Bishop, Monica, Berman, Jeffrey S. & Schweizer, Edward (1999). The researcher's own therapy allegiances: A »wild card« in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 95–106.

Orlinsky, David, Rønnestad, Helge & Willutzki, Ulrike (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In Michael J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-389). New York: Wiley.

Owen, Jesse & Hilsenroth, Mark (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61* (2), 280-288, doi: 10.1037/a0035753.

Sanderson, William C. (1998). The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *American Journal of Psychotherapy, 52* (3), 382-387.

Taylor, David, Carlyle, JoAnne, McPherson, Susan, Rost, Felicitas, Thomas, Rachel & Fonagy, Peter (2012). Tavistock Adult Depression Study (TADS): a randomised controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant/treatment-refractory forms of depression. *BMC Psychiatry*, 12-60, doi:10.1186/1471-244X-12-60.

Tschuschke, Volker (2005): Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. *Psychotherapeutenjournal, 2*, 106-115.

Vogd, Werner (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie, 31*, 294-315.

Westen, Drew, Novotny, Catherine M. & Thompson-Brenner, Heather (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin, 130* (4), 631-663.