

REPORT PSYCHOLOGIE 7-8/2005

fokus

Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden

Dieser Artikel von Klaus Grawe, erschien im »Psychotherapeutenjournal« 1/2005 unter dem Titel »(Wie) kann Psychotherapie durch Validierung wirksamer werden?«

1. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien sind unverzichtbar und auch unter Praxisbedingungen möglich

Psychotherapie soll möglichst wirksam sein. Darüber herrscht Einigkeit. Über die Kriterien, an denen die Wirksamkeit bemessen werden soll, gibt es unterschiedliche Auffassungen, aber dass eine Besserung der Symptomatik und des Wohlbefindens, eine möglichst gute Erfüllung der persönlichen Behandlungsanliegen des Patienten und eine bessere Fähigkeit zur Ausfüllung der sozialen Rollen in der Familie, bei der Arbeit usw. dazu gehören sollten, wird ebenfalls von den meisten akzeptiert. Diese Kriterien können mehr oder weniger gut erreicht werden. Um darüber reliable, valide und überprüfbare Aussagen machen zu können, braucht es replizierbare Messungen. Die Notwendigkeit, den Therapieerfolg objektiv zu messen, ist von vielen Psychotherapeuten nur widerwillig erst unter dem Diktat der Qualitätssicherung und der immer drängender gewordenen Forderung nach empirischer Validierung auch der Psychotherapie eingesehen worden. Der Legitimationsdruck hat dazu geführt, dass inzwischen sogar von Therapeutengruppierungen Therapieerfolgsmessungen erhoben werden, die das noch vor kurzem weit von sich gewiesen haben. Ein Beispiel dafür ist die "Praxisstudie psychoanalytische Langzeittherapie (PAL)" von Rudolf und Mitarbeitern.. Der Zweck dieser Studie lässt sich schon an der Art ihrer Veröffentlichung erkennen. Die Ergebnisse werden schon vor Abschluss der Datenerhebung über Presseorgane verbreitet (z.B. Pressemitteilung 145/2003 des Universitätsklinikums Heidelberg: "Klinische Studie belegt Wirksamkeit der Psychoanalyse" oder "Neue Zürcher Zeitung online" vom 31. August 2004: "Der Wert der Psychoanalyse. Das Schürfen in tieferen Seelenschichten lohnt sich doch"), ehe den Autoren durch das Peer Review einer anspruchsvollen Fachzeitschrift die Butter vom Brot genommen werden kann. Es wäre ein Missverständnis, solche extrinsisch motivierten Versuche, nunmehr auch noch mit Zahlen zu "beweisen", wovon man ohnehin überzeugt ist, als Psychotherapieforschung zu betrachten. Legitimationsforschung dieser Art fehlt das, was Forschung im innersten ausmacht: Neugier und die Bereitschaft zum In-Frage-stellen.

Wirksamkeitsnachweise, wie sie der deutsche wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie von den einzelnen Therapieformen gefordert hat, liegen vom Niveau her gerade eine Ebene höher als solche reine Legitimationsforschung. Es muss nicht nur ein signifikanter Therapieeffekt gemessen worden sein, sondern es müssen auch den Regeln der empirischen Forschungsmethodik entsprechende Vorkehrungen getroffen worden sein, dass der festgestellte Effekt nicht auf andere Faktoren als das untersuchte therapeutische Vorgehen zurückgeht. Das kann nicht nur durch unbehandelte Kontrollgruppen oder Placebo-Kontrollgruppen geschehen. In einem fortgeschrittenen Stadium der Therapieforschung ist es angemessener, zur Kontrolle bereits bewährte Therapien mit nachgewiesener Wirksamkeit heranzuziehen. Die Forderung, die interne Validität einer Untersuchung durch entsprechende Kontrollen zu sichern, ist wissenschaftlich eine Selbstverständlichkeit. Sie ist eine unabdingbare Sicherung gegen irrtümliche Schlussfolgerungen. Es ist ein verbreiteter Irrtum, dass sich solche Kontrollen in klinischen Studien mit hoher externer Validität nicht durchführen lassen. Es gibt etliche Psychotherapiestudien, die das Gegenteil beweisen (s. Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

Wenn man die Wirksamkeit eines bestimmten Vorgehens prüfen will, kann man es immer in einem kontrollierten Design mit der bisher am besten bewährten Therapie vergleichen. Das ist sowohl ethisch gut zu rechtfertigen als auch praktisch ohne Abstriche an die

Versorgungsqualität durchführbar. Das Risiko liegt nur darin, dass die Therapie, deren Wirksamkeit man prüfen will, schlechter abschneidet als die bisher am besten bewährte Therapie. Deswegen wird dieses klinisch und methodisch valide Design für reine Legitimationszwecke gescheut.

Niemand, der selbst mit den Bedingungen der Therapiepraxis konfrontiert und gleichzeitig methodisch gut ausgebildet ist, hat je Doppelblindstudien für die Psychotherapie oder die Erfüllung irgendwelcher methodischer "Goldstandards" gefordert. Das sind von Interessenvertretern als Strohfiguren in die Diskussion eingeführte Argumente, die nur dem Ziel dienen, die Forderung nach stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen absurd erscheinen zu lassen. Erleichtert worden ist ihnen dies durch Verlautbarungen einiger Labor-Therapieforscher, die nie selbst in der klinischen Praxis gearbeitet haben. Die Tatsache, dass es solche Laborforscher gibt, kann nicht als Argument für die Unmöglichkeit klinisch valider kontrollierter Therapieforschung ins Feld geführt werden. In der Gemeinschaft der Therapieforscher, etwa in der Society for Psychotherapy Research, spielen solche Laborforscher überhaupt keine Rolle. Wer sich wirklich von der Wirksamkeit einer Therapie überzeugen will, findet in der empirischen Forschungsliteratur reichlich Beispiele dafür, wie das gleichzeitig klinisch und methodisch valide geschehen kann.

Auch die Langzeitpsychoanalyse kann man nicht mit solchen vorgeschobenen Argumenten vor der Forderung nach stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen schützen. Niemand, der etwas von Psychotherapieforschung versteht, wird die unsinnige Forderung aufstellen, für Patienten, welche einer Langzeitpsychoanalyse unterzogen werden sollen, eine unbehandelte Kontrollgruppe zu bilden. Es gibt andere, klinisch durchaus realisierbare Kontrollmöglichkeiten. Man kann z.B. die "Kontrollpatienten" mit dem oder den Verfahren behandeln, für das oder die bei solchen Patienten bisher besonders überzeugende Wirksamkeitsbelege vorliegen. Das würden sehr viel kürzer dauernde Therapien nicht psychodynamischer Ausrichtung sein. Die Messungen würden sich dann für beide Vergleichsgruppen über mehrere Jahre erstrecken, wie es in Langzeitkatamnesen üblich ist. Wenn die Langzeitpsychoanalyse am Ende des Beobachtungszeitraumes dann nicht bessere Behandlungsergebnisse erzielte als die Vergleichstherapien, wären ihr höherer Aufwand für den Patienten und die weitaus höheren Kosten offensichtlich nicht gerechtfertigt. Wenn sie sogar schlechter abschnitte, könnte sie nicht als Behandlungsmethode für Patienten der untersuchten Art empfohlen werden. Das gilt analog natürlich auch für andere Therapieverfahren, für die bisher keine überzeugenden Wirksamkeitsbelege vorliegen. Kein Verfahren kann sich mit dem Argument, kontrollierte Untersuchungen seien klinisch nicht valide, der Forderung nach methodisch stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen entziehen. Natürlich gibt es alle möglichen anderen sinnvollen Forschungsdesigns wie Einzelfallstudien, langfristige Versorgungsforschung, Prozessstudien und Prozess-Outcomestudien. Sie alle sind für bestimmte Fragestellungen sinnvoll, aber sie sind zusätzliche, nicht alternative Forschungsstrategien zu kontrollierten Wirksamkeitsprüfungen. Ein Vergleich mit dem bisher wirksamsten Therapieverfahren ist immer möglich und kann unter realen Versorgungsbedingungen durchgeführt werden. Die Tatsache, dass diese nahe liegende und relativ leicht realisierbare Möglichkeit bisher nicht häufiger genutzt wird, lässt vermuten, dass das Risiko eines den Legitimationsinteressen zuwiderlaufenden Ergebnisses gescheut wird. Das ist zwar verständlich, aber die vielen Rationalisierungen, die für dieses Vermeidungsverhalten in die Diskussion gebracht werden, bringen die Psychotherapie ganz und gar nicht voran. Bei der Gegenüberstellung einer "Labor-Psychotherapie" und einer "ökologisch-basierten Psychotherapie" (Zurhorst, 2003) handelt es sich um die Inszenierung eines Scheingefechtes. Zwischen therapeutischen Analogstudien und psychotherapeutischer Versorgungsforschung unter frei variierenden Bedingungen gibt es ein weites Feld kontrollierter Therapiestudien, denen man klinische Relevanz nur aus Ignoranz absprechen kann.

Auch die Gegenüberstellung von Kontrolle/Messung/Gruppenstatistik auf der einen Seite und hermeneutischen Forschungsansätzen auf der anderen Seite schafft nur die Grundlagen für

unfruchtbare Scheingefechte. Diese dauern schon Jahrzehnte an und haben keinen Fortschritt in der Sache gebracht. Irgendwann kommt Forschung immer an den Punkt, an dem man sich fragen muss, ob es wirklich so ist, wie man annimmt. Dies ist der Moment, an dem man um kontrollierte empirische Untersuchungen mit prüfendem Charakter nicht herumkommt. Die Welt der Psychotherapie hat sich Jahrzehnte lang mit hermeneutisch generierten Annahmen begnügt. Die Bereitschaft zu glauben war übermäßig groß. Erst das In-Frage-Stellen und die kontrollierte Überprüfung haben aus der vorwissenschaftlichen Psychotherapie der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts allmählich ein wissenschaftliches Unternehmen werden lassen. Die Transformation "von der Konfession zur Profession" (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) ist aber noch nicht abgeschlossen, wie die andauernde Diskussion über die Berechtigung der Forderung nach einer empirischen Validierung der Psychotherapie zeigt. Nach meiner Ansicht geht diese Diskussion an den eigentlichen Problemen, vor denen wir in der wissenschaftlichen Psychotherapie stehen, vorbei.

2. Die Orientierung an Therapiemethoden ist eine Sackgasse

Es gäbe nämlich eigentlich allen Grund, eine Diskussion darüber zu führen, wie die Psychotherapie wissenschaftlich tatsächlich vorangebracht werden kann und es gäbe auch gute Gründe, daran zu zweifeln, dass die bisherigen Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates die Psychotherapie wirklich voranbringen werden. Die Entscheidungen des Beirates wie auch die geltenden Regelungen des psychotherapeutischen Ausbildungs- und Versorgungssystems krankten daran, dass sie sich immer noch auf Therapieverfahren als wichtigsten Ordnungsgesichtspunkt beziehen. In der Psychotherapieforschung ist längst klar, dass Therapieverfahren wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie usw. keine sinnvollen Untersuchungseinheiten sind. Es werden damit Unterscheidungsmerkmale hervorgehoben, deren Relevanz für das Therapieergebnis nach allen dazu vorliegenden Forschungsergebnissen höchst zweifelhaft ist. Das war im Grunde auch dem wissenschaftlichen Beirat klar. Er führte daher als weiteres Ordnungsmerkmal die Störungen ein, indem er die Vertreter therapeutischer Ansätze dazu aufforderte, Belege für die wirksame Behandlung bestimmter Störungsbilder beizubringen. Die störungsspezifische Differenzierung und Spezifizierung war sicher ein nützlicher Schritt über so globale Aussagen wie "Verhaltenstherapie ist wirksam" hinaus. Er entspricht auch dem allgemeinen Forschungstrend hin zur Störungsspezifität in Psychiatrie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Die Philosophie dahinter ist folgende: Wenn in Zukunft Patienten mit einer bestimmten Störung nur noch mit Verfahren behandelt werden, die sich bei dieser Störung nachweislich als wirksam erwiesen haben, dann sollte es in Zukunft im Durchschnitt zu besseren Behandlungsergebnissen kommen. Die Wirksamkeitssteigerung würde dadurch erzielt, dass nur noch wirksame Therapieverfahren angewendet werden und dass jene Verfahren, deren Wirksamkeit bei dieser Störung nicht stichhaltig erwiesen wurde, aus der Versorgung verbannt würden.

Tatsächlich ist die Versorgungslage in Deutschland weit von diesem Ziel entfernt. Nach einer epidemiologischen Studie an einer repräsentativen Stichprobe junger Frauen in Deutschland von Margraf und Poldrack (2000) werden junge Frauen mit Angststörungen fast immer medikamentös (89,1%), aber nur relativ selten (16,5%) psychotherapeutisch behandelt und wenn, dann ganz überwiegend mit Verfahren, deren Wirksamkeit für die Behandlung von Angststörungen weitaus weniger überzeugend nachgewiesen wurde als die kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden. Nur 1% der Frauen erhielten diejenige Behandlung, für die besonders gute Wirksamkeitsnachweise bei diesen Störungen vorliegen. Auf dem Hintergrund solcher Ergebnisse kann man den Entscheidungen des Beirates nicht jede Logik absprechen. Zwar entstünden dadurch, dass vermehrt die nachweislich wirksamen Therapien angewendet würden, keine wirksameren Therapien, aber die durchschnittliche Versorgungsqualität könnte wohl tatsächlich gesteigert werden.

Dass der Beirat seinen Entscheidungen weiterhin die Abgrenzungen zwischen Therapierichtungen zugrunde legt, obwohl der Zusammenhang zwischen diesen

Unterscheidungen und dem Therapieerfolg wissenschaftlich sehr fraglich ist, muss man wohl als Konzession an die Realitäten im gegenwärtigen Ausbildungs- und Versorgungssystem ansehen. In einem System, in dem sich alle Verordnungen, Regelungen, Begründungen, Gewohnheiten, erworbenen Besitzstände und eingespielten Abläufe an den Unterscheidungen zwischen bestimmten Therapieverfahren orientieren, darf man sich nicht wundern, wenn ein aus Vertretern dieser Richtungen zusammengesetztes Gremium seine Entscheidungen innerhalb dieser systemkonformen Kategorien trifft. Die Auflösung dieser Kategorien würde vermutlich noch größeren Widerstand aus dem System bewirken, als es die Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates jetzt schon tun, denn dann wären alle Akteure betroffen, gerade auch die am besten etablierten, die von den jetzigen Regelungen am meisten profitieren. Es müssten sich alle Akteure vom Gewohnten lösen, wenn man die Ausbildung und Praxis der Psychotherapie wirklich an dem zu orientieren begännen, was die einschlägig relevanten Forschungsergebnisse nahe legen. Das sind keineswegs nur Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Therapieverfahren, sondern alle Ergebnisse aus Psychologie, Psychiatrie, Neurowissenschaften und Psychotherapieforschung, die Erkenntnisse über die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und über die Wirkungsweise von Psychotherapie beinhalten.

Ich habe vor zwei Jahren einmal Gelegenheit gehabt, meine Vorstellungen zur Überwindung des Therapieschulsystems und zu einer progressiven Weiterentwicklung der Psychotherapie dem wissenschaftlichen Beirat vorzutragen. Es sind ungefähr die Ideen, die ich nachfolgend darlegen werde. In der sich an meinen Vortrag anschließenden Diskussion war bei vielen Beiratsmitgliedern eine recht große Offenheit gegenüber solchen Ideen erkennbar und es wäre fast zu ersten Beschlüssen in diese Richtung gekommen. Aber schon auf der nächsten Sitzung waren die Bewahrer und Bedenkenträger wieder in der Mehrheit. Es ist nicht so leicht, gleichzeitig ein eingebundener Akteur in einem System zu sein und sich von seinen Selbstverständlichkeiten zu lösen. Gerade das wäre aber erforderlich, um Psychotherapie wirklich wirksamer zu machen als sie heute ist. Forschung kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Sie kann bisher ungenutzte Möglichkeiten aufzeigen und Irrwege erkennen helfen. Aber es braucht Akteure im Ausbildungs- und Versorgungssystem, die bereit sind, neue Wege zu gehen und die genügend Einfluss haben, auch andere auf diese Wege zu führen.

Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden

Für einige der vielen verschiedenen Therapiemethoden kann der Wirksamkeitsnachweis als erbracht angesehen werden (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; s. auch die bisherigen Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates). Ob es bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede zwischen den als wirksam anerkannten Methoden gibt, wird bis heute kontrovers diskutiert (Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Letztlich geht es bei der diesbezüglichen Diskussion darum, ob der Effektstärkenunterschied, der in einigen Metaanalysen zugunsten der kognitiv-behavioralen Therapien gefunden wurde, als statistisch bedeutsam angesehen werden kann oder nicht. Eine Überlegenheit anderer Methoden über die kognitiv-behavioralen wurde in keiner Metaanalyse festgestellt und wird von niemandem ernsthaft behauptet. Unstrittig ist aber, dass der Unterschied, um dessen Bedeutsamkeit es geht, im Vergleich zum gesamten Therapieeffekt eher gering ist. Während die Gesamtwirkung von Psychotherapie einschließlich Spontanremission und Placeboeffekten über alle Erfolgskriterien und untersuchten Therapieformen hinweg auf eine Effektstärke (ES) von etwa 1.2 veranschlagt werden kann, beträgt der Effektstärkenunterschied zwischen den kognitiv-behavioralen Therapien und klärungsorientierten Therapien allenfalls etwa ein Drittel davon (Shapiro & Shapiro, 1983; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Nach einer Metaanalyse von Baskin, Tierney, Minami und Wampold (2003) reduziert sich dieser Effektstärkenunterschied noch weiter auf 0,15, wenn wirklich gewährleistet ist, dass sich die miteinander verglichenen Therapien in nichts anderem unterscheiden als dem spezifischen therapeutischen Rationale.

Wie kann diese Ergebnislage interpretiert werden? Es bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten und Schlussfolgerungen an, die sich gegenseitig nicht ausschließen:

- Positive therapeutische Wirkungen können auf unterschiedliche Weise herbeigeführt werden. Verschiedene Wege können zu einem ungefähr gleichen Ergebnis führen. Daran knüpft sich die Schlussfolgerung an, dass sich ein Therapeut nicht auf eine bestimmte Methode fixieren, sondern in jedem individuellen Fall neu entscheiden sollte, welcher Weg für diesen spezifischen Patienten am besten geeignet sein könnte. Wenn es mehrere Möglichkeiten gibt, einem Patienten wirksam zu helfen, erscheint es unklug, sich von vornherein auf eine einzige dieser Möglichkeiten festzulegen. Außerdem stellt sich die Frage, ob man die Wirksamkeit nicht noch steigern könnte, wenn man bei ein und demselben Fall mehrere dieser Möglichkeiten nutzt, sei es simultan oder sequentiell.

- Die Wirkung der verschiedenen Therapiemethoden lässt sich auf eine Reihe allgemeiner Wirkfaktoren zurückführen. Die Therapiemethoden unterscheiden sich in Aspekten, die für die eigentliche Wirkung der Therapie nicht entscheidend sind. In Wirklichkeit hängt die Wirkung von Therapien davon ab, wie gut diese allgemeinen Wirkfaktoren in der Therapie realisiert werden, und das kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Eine solche Rückführung der Wirkung von Psychotherapie auf allgemeine Wirkfaktoren wurde erstmals von Jerome Frank (1961, 1982) vertreten. Danach sind alle wirksamen Heilverfahren gekennzeichnet durch eine Therapiebeziehung zwischen einem Hilfeempfänger und einem sozial sanktionierten Hilfegeber, durch ein formalisiertes Behandlungsangebot in einem gewissen institutionellen Rahmen, durch ein bestimmtes Behandlungsrational und durch die Durchführung eines mit diesem Rationale übereinstimmenden Behandlungsrituals und Vorgehens. Wirksam seien Heilverfahren in dem Maße, in dem durch diese Wirkfaktoren beim Patienten in glaubwürdiger Weise Besserungserwartungen induziert würden. Diese Wirkfaktoren werden auch zur Erklärung der Placebowirkungen von therapeutischen Maßnahmen herangezogen.

Während Frank seine Wirkfaktoren ganz allgemein für Heilverfahren jeder Art und unabhängig von der tatsächlichen Wirkung bestimmter Therapiemethoden konzipierte, habe ich selbst eine Reihe psychotherapeutischer Wirkfaktoren induktiv aus den tatsächlichen Wirkungen der einzelnen psychotherapeutischen Vorgehensweisen abgeleitet, wie sie in empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen und Prozess-Outcomestudien festgestellt wurden (Grawe, 1995, 1997, 1998; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Es fanden sich für diejenigen Therapien, die eine besonders gute Wirkung erzielten, eine Reihe gemeinsamer Merkmale:

- Sie nutzen Eigenarten, welche die Patienten in die Therapie mitbringen, als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen. Sie nutzen also vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten (Wirkfaktor Ressourcenaktivierung).
- Sie machen die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, dem Patienten unmittelbar erfahrbar. Das kann z.B. dadurch geschehen, dass sie reale Situationen aufsuchen oder herstellen, in denen die Probleme auftreten; dass sie Personen in die Therapie einbeziehen, die an den Problemen beteiligt sind oder dass sie durch besondere therapeutische Techniken wie Imaginationsübungen, Rollenspiele o.ä. die Probleme erlebnismäßig aktualisieren (Wirkfaktor Problemaktualisierung).
- Sie unterstützen den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen aktiv darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen (Wirkfaktor Problembewältigung)
- und/oder sie fördern mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt (Wirkfaktor motivationale Klärung).
- Bei allen Therapien trägt darüber hinaus die Qualität der Therapiebeziehung signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei (Wirkfaktor Therapiebeziehung, Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Roennestadt & Willutzki, 2004).

In nachfolgenden Prozess-Outcomestudien, in denen wir die Realisierung dieser Wirkfaktoren gezielt erfasst haben, wurde ihre Beziehung untereinander und zum Therapieergebnis noch genauer untersucht (Dick, Grawe, Regli, & Smith, 1999; Smith, Regli & Grawe, 1999; Smith & Grawe, 2003). Dabei zeigte sich, dass eine gute Therapiebeziehung und eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung eine absolut notwendige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis sind. Der Zusammenhang zwischen diesen Wirkfaktoren und dem Ausmaß positiver Klärungs- und Bewältigungserfahrungen in der jeweiligen Sitzung ist, wenn man ihn durch die Effektstärkenmetrik mit den Zusammenhängen vergleichbar macht, die sonst in psychologischen Untersuchungen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen gefunden werden, absolut und relativ sehr hoch. Das Ausmaß von Klärungs- und Bewältigungserfahrungen in den einzelnen Therapiesitzung korreliert seinerseits mit dem endgültigen Therapieergebnis (integrierte Effektstärke über viele Outcomemaße) zu $r = 0.69$. Die Aktualisierung der Probleme führt nur dann zu einer fruchtbaren Problembearbeitung im Sinne von positiven Bewältigungs- oder Klärungserfahrungen, wenn gleichzeitig mit der Aktualisierung des Problems in starkem Ausmaß Ressourcen aktiviert sind und wenn zu diesem Zeitpunkt eine sehr tragfähige Therapiebeziehung besteht (s. dazu ausführlicher Grawe, 2004).

Insgesamt erklären die genannten Wirkfaktoren einen großen Anteil der Therapieerfolgsvarianz. Das ist bemerkenswert, weil sie unabhängig von den vorherrschenden Ordnungssystemen in der Psychotherapie, den Störungen und Therapiemethoden, definiert wurden und ihr Einfluss störungs- und methodenübergreifend als gesichert angesehen werden kann. Es handelt sich wirklich um allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie. Die Stärke ihres Einflusses auf das Therapieergebnis stellt so manche Annahmen der verschiedenen Therapietheorien in Frage. Offenbar ist die Bedeutung, die darin einer jeweils ganz spezifischen Art der Problembearbeitung für das Therapieergebnis zugemessen wird, empirisch nicht so groß wie theoretisch angenommen.

Das bedeutet allerdings nicht, dass es keine spezifischen Wechselwirkungen zwischen Eigenarten des Patienten und Merkmalen des therapeutischen Vorgehens gibt. Auch allgemeine Wirkfaktoren müssen patientenspezifisch verwirklicht werden. Allgemein heißt nicht, dass sie ohnehin beim Therapieren vorhanden sind. Das ist keineswegs so. Die Ergebnisse besagen vielmehr, dass es zu schlechten Therapieergebnissen kommt, wenn die Wirkfaktoren in der einzelnen Therapie nicht gut verwirklicht werden. Die Wirkfaktoren können also gut oder schlecht realisiert werden und davon hängt das Therapieergebnis maßgeblich ab. Eine Therapiebeziehung muss immer mit einem individuellen Menschen mit seinen ganz besonderen Eigenarten, Möglichkeiten und Einschränkungen gestaltet werden; jeder Mensch bringt andere Ressourcen mit, die für die Therapie genutzt werden können usw. Für die Verwirklichung der Wirkfaktoren muss sich der Therapeut also an den Gegebenheiten des einzelnen Patienten orientieren. Er kann nicht einfach eine bestimmte Methode durchführen oder sich an ein bestimmtes störungsspezifisches Manual halten, weil darin die ganz individuellen Beziehungsvoraussetzungen, Ressourcen oder andere Merkmale eines Patienten nicht alle gleichzeitig berücksichtigt sein können. Wirkungsoptimierte Psychotherapie im Sinne einer möglichst guten Verwirklichung der genannten Wirkfaktoren muss also in jeder einzelnen Therapie eine patientenspezifische Ausformung erhalten. Das Vorgehen ist patientenorientiert und nicht methodenorientiert und für die Orientierung an den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Patienten sind nicht nur seine Störungen relevant, sondern viele weitere Merkmale.

Deswegen kann die Definition allgemeiner Wirkfaktoren, möge ihre Bedeutung für das Therapieergebnis auch noch so gut gesichert sein, allein keine ausreichende Grundlage für die Therapiepraxis sein. Der Therapeut braucht darüber hinaus empirisch validierte Leitlinien, die ihm helfen zu entscheiden, wo er bei einem individuellen Patienten am besten ansetzen kann, um möglichst gute therapeutische Wirkungen zu erzielen. Gerade wenn er sich nicht auf eine bestimmte Methode beschränken, sondern das ganze Arsenal wirksamer therapeutischer Möglichkeiten nutzen will, ist er auf ein Fallverständnis angewiesen, das ihm

Hinweise gibt, mit welcher Kombination von Vorgehensweisen er bei diesem individuellen Patienten voraussichtlich die besten Wirkungen erzielen wird.
Empirisch validierte Perspektivenvielfalt

Das zuvor Ausgeführte bedeutet eine radikale Abkehr vom Denken in Therapiemethoden. Der Therapeut ist kein Gesprächspsychotherapeut, Verhaltenstherapeut oder Psychoanalytiker mehr, darauf eingestellt, seine Methode auf den jeweils nächsten Patienten, der sein Büro betritt, anzuwenden. Er ist vielmehr darauf eingestellt, sich erst einmal ein Bild von dem Patienten zu erarbeiten, um auszumachen, was bei diesem Patienten verändert werden müsste, damit es ihm besser geht, wo die am besten geeigneten Ansatzstellen für die erwünschten Veränderung sind und wie die Veränderungen bei diesem Patienten mit diesen Merkmalen am besten herbeigeführt werden könnten. Das Spektrum der eingesetzten Interventionen steht also nicht im Vorhinein fest, sondern wird in jedem Fall neu bestimmt. Hierfür trägt der Therapeut eine Reihe verbindlicher, empirisch validierter Perspektiven an jeden neuen Patienten heran. Dazu gehören

- die Störungsperspektive
- die interpersonale Perspektive
- die motivationale Perspektive
- die Entwicklungsperspektive
- die Ressourcenperspektive

Die Auflistung dieser Perspektiven ist nicht abschließend gemeint. Die Verbindlichkeit der Perspektiven beruht auf ihrer empirischen Validierung. Damit ist gemeint, dass sich die Merkmale, die unter der jeweiligen Perspektive ins Auge gefasst werden, in der empirischen Forschung als relevant für das Therapieergebnis erwiesen haben. Für einige dieser Perspektiven ist das empirisch validierte Wissen und Know-how, über das ein Psychotherapeut verfügen sollte, sehr groß, weil es buchstäblich tausende von Untersuchungen dazu gibt. Das gilt etwa für die Störungsperspektive und die interpersonale Perspektive. Es ist daher sinnvoll, dieses Wissen in Abständen in Form von Leitlinien aufzubereiten, um es praktikabel zu machen. Die Vermittlung des empirisch validierten Wissens und Know-hows zu jeder dieser Perspektiven würde den größten Teil der Ausbildung von Therapeuten ausmachen. Jeder Therapeut würde also lernen, welche Besonderheiten bei den einzelnen Störungsbildern zu beachten sind und welche Vorgehensweisen sich besonders bewährt haben, um die notwendigen Erfahrungen zur Korrektur dieses Störungsmusters zu vermitteln. Jeder Therapeut würde aber auch zu einem Experten für die Wahrnehmung, Analyse und Gestaltung von Beziehungsabläufen innerhalb und außerhalb der Therapie geschult werden. Jeder Therapeut würde sensitiviert werden für Eigenarten im Beziehungsverhalten von Patienten, welche sich ungünstig auf die Therapiebeziehung auswirken und so die fruchtbare Zusammenarbeit beeinträchtigen könnten und würde darin trainiert werden, wie er auch unter schwierigen Bedingungen zu einer guten Therapiebeziehung beitragen kann. Jeder Therapeut würde dazu angeleitet, sich ein Bild davon zu machen, welche Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Befürchtungen das Erleben und Verhalten des Patienten annähernd und vermeidend, bewusst und unbewusst bestimmen, welche Rolle sie für seine Probleme spielen, wie sie positiv als Ressource für den Veränderungsprozess genutzt werden könnten und ob und in welcher Hinsicht sie selbst als Problem in die Therapieplanung einbezogen werden müssen. Jeder würde dazu befähigt, sich ein Bild davon zu machen, was in der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten ihn für die Entwicklung seiner Störung(en) bereit gemacht hat, welche Rolle die dauerhaften Spuren dieser Erfahrungen für ihn heute spielen und wie sie gegebenenfalls in die Therapieplanung einbezogen werden sollten. Jeder Therapeut würde in seiner Ausbildung ein Bewusstsein dafür entwickeln und die praktischen Konsequenzen daraus ziehen lernen, dass die Nutzung und Ausweitung der positiven Möglichkeiten des Patienten für ein gutes Therapieergebnis noch wichtiger ist als die Bearbeitung seiner Probleme.

Vieles von dem, was soeben exemplarisch aufgeführt wurde, ist in störungsspezifischen Therapiemanualen nicht enthalten. In diesen Manualen sind daher etliche Faktoren, die sich empirisch als hochbedeutsam für das Therapieergebnis erwiesen haben, ausgeblendet. Therapeuten, die sich an solche Manuale halten, erzielen deshalb im Durchschnitt schlechtere Therapieerfolge, als wenn sie auch diese Aspekte, zusätzlich zu den störungsspezifischen Aspekten, berücksichtigt hätten. Die Therapieergebnisse, die bisher mit manualisierten störungsspezifischen Therapieverfahren erzielt wurden, bleiben deshalb unterhalb dessen, was möglich wäre, wenn mehr von den wirklich wichtigen Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis berücksichtigt würde. Das ist vermutlich auch der Grund dafür, dass sich solche manualisierten störungsspezifischen Therapien bei Therapieergleichen mit nicht-störungsspezifischen, meist klärungsorientierten Therapien nicht, wie von ihren Proponenten erwartet, deutlich überlegen gezeigt haben (Baskin et al., 2003). Diese anderen Therapien berücksichtigen wiederum explizit einige der in den störungsspezifischen Manualen ausgeklammerten Wirkfaktoren und gleichen damit die Vernachlässigung des störungsspezifischen Know-hows aus. Würden sie dieses Know how explizit nutzen, würden sie sich den rein störungsspezifischen Vorgehensweisen gegenüber wahrscheinlich als überlegen erweisen. Wegen der Ausklammerung wichtiger empirisch validierter Perspektiven und Wirkfaktoren bleiben die gegenwärtig vorherrschenden Therapieformen allesamt unterhalb dessen, was in der Psychotherapie heute auf empirisch validierter Grundlage eigentlich möglich wäre. Psychotherapie könnte insgesamt wesentlich wirksamer sein, wenn regelmäßig alle Perspektiven berücksichtigt und Wirkfaktoren realisiert würden, die aufgrund genügend zahlreicher und eindeutiger Forschungsergebnisse als empirisch validiert angesehen werden können.

Empirisch validierte Therapieausbildungen

Die bis heute vorherrschenden richtungsorientierten Therapieausbildungen müssen jede für sich als defizitär angesehen werden. Sie fokussieren auf das Eine und können gute empirische Begründungen dafür anführen, blenden das Andere aber aus, obwohl es ebenso gut empirisch begründet ist. Wegen der systematischen Ausblendung empirisch gut validierten Wissens und Know-hows können die einzelnen Therapieformen und Ausbildungen, streng genommen, nicht das Prädikat "empirisch validiert" für sich in Anspruch nehmen. Es widerspricht elementaren wissenschaftlichen Prinzipien, willkürlich die einen Fakten zur Kenntnis zu nehmen, die anderen aber auszublenden. Wenn das Ziel eine möglichst wirksame Psychotherapie ist, müssen alle Fakten zur Kenntnis genommen und berücksichtigt werden, die sich für das Therapieergebnis als relevant erwiesen haben. Dies ist ein Ziel, das immer nur approximativ erreicht werden kann, allein schon deswegen, weil sich das empirisch validierte Wissen stetig erweitert. Trotzdem muss dieses Ziel zu einem Leitbild für Therapieausbildungen werden, die das Attribut "wissenschaftlich fundiert" für sich in Anspruch nehmen wollen.

Dieses Ziel kann schrittweise vom heutigen Zustand aus angestrebt werden. Die einzelnen Ausbildungsinstitute können jedes für sich kritisch reflektieren, welche der oben aufgeführten Perspektiven und Wirkfaktoren in ihrem Ausbildungsprogramm nur unzureichende Beachtung finden und nach Wegen suchen, das bisher Ausgeklammerte oder Vernachlässigte explizit einzubeziehen. Das kann Schritt für Schritt erfolgen und mit einer allmählichen Veränderung der Identität einhergehen. Es könnten aber auch neue Ausbildungsinstitute gegründet werden, die sich von vornherein an diesem Leitbild ausrichten. Dass solche Ausbildungsinstitute heute in Deutschland rechtlich gar nicht zulässig wären, zeigt die ganze Fragwürdigkeit des Regelungssystems auf, das sich im Zuge der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland herausgebildet hat. Was eigentlich der Qualitätssicherung dienen sollte, erweist sich in Wahrheit als Verhinderer der Entwicklung zu einer wirkungsoptimierten Therapie. Nicht Therapiemethoden müssen empirisch validiert werden, nicht Therapieformen anerkannt werden, sondern Ausbildungsprogramme. Ausbildungsprogramme können von dafür eingerichteten Gremien daraufhin begutachtet werden, wie gut sie das empirisch gesicherte Wissen zu den wichtigen Perspektiven und Wirkfaktoren der Psychotherapie berücksichtigen und angemessen

vermitteln. Dafür können von Expertengruppen Leitlinien erstellt werden. Das würde Ausbildungsinstitute von dem Zwang befreien, sich einer Therapierichtung zuzuordnen und vom Verbot, die damit gezogenen Grenzen zu überschreiten. Es würde den Weg frei machen für eine progressive Weiterentwicklung der Psychotherapie über den heute erreichten Stand hinaus, denn besser ausgebildete Therapeuten würden auch bessere Therapien durchführen. Therapieausbildungen und Fortbildungen, die sich an dem skizzierten Leitbild orientieren, wären der wirkungsvollste Ansatzpunkt für eine Verbesserung der durchschnittlichen Qualität von Psychotherapien.

Es entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, dass Therapieausbildungen und Therapien, die im besten Sinne als empirisch validiert anzusehen wären, weil sie sich am wirklichen und ganzen Forschungsstand orientieren, gegenwärtig in Deutschland verboten wären. Ich war selbst an der Erstellung des Psychotherapiegutachtens, das eine Rolle bei der Entstehung dieser Regelungen gespielt hat, beteiligt (Meyer, Richter, Grawe, von der Schulenburg & Schulte, 1991). Aber das, was im Ringen der Interessengruppen daraus gemacht wurde, ist das Letzte, was ich damals im Sinn hatte. Läge ich schon im Grabe, so würde ich mich heute darin umdrehen. Die Fragwürdigkeit des gegenwärtigen deutschen Regelungssystems auf dem Gebiet der Psychotherapie ist für jemanden, der außerhalb der Gültigkeit dieses Regelungssystems psychotherapeutisch tätig ist, wohl leichter erkennbar als von innerhalb. Wir in der Schweiz psychotherapeutisch Tätigen sind durchaus neidisch darauf, dass unsere deutschen Kollegen inzwischen voll in die kassenärztliche Versorgung integriert sind, während Patienten, die in der Schweiz von einem Psychologen therapiert werden, immer noch den größten Teil der Behandlung selbst bezahlen müssen. Aber was für ein Preis wurde in Deutschland dafür bezahlt! Welche wunderbaren Freiheiten genießen wir im Vergleich zu unseren durch irrationale Richtlinien gegängelten deutschen Kollegen! Wir dürfen unsere Patienten so behandeln, wie wir es für richtig halten. Wir dürfen unsere Therapeuten so ausbilden, wie es der wirkliche Forschungsstand nahe legt. Wir dürfen ungehindert versuchen, Psychotherapie so wirksam wie möglich zu machen, indem wir alles nutzen, was sich dafür als wertvoll erwiesen hat. Die Wirksamkeit unserer Therapien hat sich gegenüber der Zeit, als wir noch richtungsorientierte Therapien durchführten (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990), nahezu verdoppelt (Grawe, 2003; 2004). Niemand wird unseren deutschen Kollegen ihr glücklich erworbenes Recht auf Bezahlung der Therapien durch die Krankenkassen nehmen, wenn sie tun, was die Vernunft und Moral gebietet: Sich neue Regelungen geben, die den Weg frei machen für eine am empirischen Forschungsstand orientierte Weiterentwicklung der Psychotherapie über den heute erreichten Stand hinaus. Wer hat den Mut und die Kraft, den beharrenden Kräften zu trotzen und progressivere Regelungen auf den Weg zu bringen?

Klaus Grawe
Institut für Psychologie der Universität Bern