

2 Who works for whom? – Der unbekannte Therapeut

KLAUS LIEBERZ 

2.1 Einleitung

Im Jahre 2005 veröffentlichten Roth und Fonagy ihre schöne Übersicht über die bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung mit dem Titel: »What works for whom?« Das einzig Irritierende an dieser breiten Darlegung war aus meiner Sicht der Titel. Auch wenn es dem Inhalt der Arbeit nicht entsprach, schien der Titel zu suggerieren, dass es weniger um die beteiligten Menschen als vielmehr um Methoden und Techniken ginge. Ich hatte den Eindruck, dass damit der »Zeitgeist« eingefangen wurde. Auch wenn die Autoren dies nicht beabsichtigten, ließ diese unpersönliche Aussage die wesentlichen beteiligten Menschen außen vor, nämlich den Patienten und, vor allem, den Therapeuten. Ich hielt es deshalb für angemessener, diesen Abschnitt mit einer veränderten Überschrift zu versehen.

Ein wesentlicher Schwachpunkt der bisherigen Forschungsbemühungen scheint mir das Ignorieren der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den verschiedensten Ländern zu sein, z. B. den USA, Großbritannien oder Deutschland (s. Kap. II.9). Es werden nicht nur munter Forschungsergebnisse unterschiedlichster theoretischer und methodischer psychotherapeutischer Vorgehensweisen verglichen und daraus weitreichende Schlussfolgerungen gezogen, sondern vor allem auch Forschungen aus den verschiedensten Ländern mit sehr verschiedenen Versorgung- und Forschungsbedingungen zusammengefasst. Ich möchte mich deshalb im Folgenden im Wesentlichen auf die Situation und Entwicklung in Deutschland beschränken.

Dabei möchte ich zunächst auf die geschichtliche Entwicklung zurückkommen und den engen Zusammenhang zwischen psychotherapeutischen Forschungsbemühungen und der aktuellen Versorgungssituation betonen. A. Dührssen veröffentlichte im Jahre 1962 ihre berühmt gewordenen Forschungsergebnisse, wobei sie in eindrucksvoller Weise den nachhaltigen Nutzen psychodynamischer Psychotherapie nicht nur in klinischer, sondern auch in ökonomischer Hinsicht belegen konnte (Dührssen und Jorswieck 1965). Diese zwischenzeitlich vielfach

bestätigten und überzeugenden Ergebnisse bildeten den wissenschaftlichen Hintergrund für die 1967 erfolgte Einführung der Psychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen – eigentlich also eine komfortable Ausgangsposition.

Später legte die Arbeitsgruppe um H. Schepank mit der Mannheimer Kohortenstudie (MKS) eine weltweit erste solide epidemiologische Grundlage für die Einschätzung des Ausmaßes an Belastung der Allgemeinbevölkerung mit psychischen Erkrankungen vor (Schepank 1987, 1990, Franz et al. 2000, Lieberz et al. 2011). Die Ergebnisse dieser Studien führten dann zu einer weiteren nachhaltigen Veränderung in der Versorgungspraxis, indem der Gesetzgeber mit dem sog. Psychotherapeutengesetz die nichtärztlichen Psychotherapeuten als Heilberuf in die Versorgung der Bevölkerung einband. Mit diesen Hinweisen möchte ich darauf aufmerksam machen, dass eine Gruppe weitblickender, engagierter und zielstrebigter Psychotherapeuten in Deutschland (auch gegen den Widerstand aus den eigenen Reihen) zur Etablierung eines weltweit einmaligen psychotherapeutischen Versorgungssystems beigetragen hat. Diese Beispiele zeigen auf, wie eng Fortschritte in der Versorgungspraxis mit vorangehenden oder begleitenden psychotherapeutischen Forschungsbemühungen verknüpft sind. Das eine ist nicht ohne das andere denkbar, jedenfalls nicht, wenn im Interesse der Verbesserung der Patientenversorgung gearbeitet werden soll.

Ernüchterung war dann allerdings mit der Veröffentlichung von D. Orlinsky (1975) verbunden, als er bis dahin vorliegende Forschungsergebnisse (ohne Berücksichtigung der deutschen Forschung) unter seinem berühmt gewordenen Dodo-Bird-Verdikt zusammenfasste: »Everybody has won and all must have prices!« Damit verbunden war die Aussage, dass keines der bis dahin untersuchten Therapieverfahren seine Überlegenheit gegenüber anderen Ansätzen hatte überzeugend belegen können. Die Frage nach den gemeinsamen Wirkfaktoren psychotherapeutischen Tuns rückte damit in den Fokus, hat dann aber in den folgenden Jahrzehnten nicht unbedingt an Strahlkraft gewonnen (Pfammater und Tschacher 2012). Dies hat nach meinem Eindruck damit zu tun, dass infolge dieser Arbeit drei verschiedene Reaktionen zu beobachten waren:

1. Die Bequemlichkeitshaltung: Nicht wenige der in der psychotherapeutischen Praxis Tätigen ziehen sich gern darauf zurück, dass dies eine bis heute nicht widerlegte und höchst nützliche Feststellung ist. Sie wird als Freibrief für das jeweils eigene Tun verstanden, weil sie ja wissenschaftlich kaum zu überprüfen ist. Hier ließen sich sicher auch die auf wissenschaftlicher Seite zu findenden »Träume« von einer »Einheits-Psychotherapie« einordnen, die die Schwierigkeiten einer wissenschaftlichen Erfassung des psychotherapeutischen Wirkens mit dem in der Praxis sich entwickelnden »Eklektizismus« verbinden (Senf und Broda 1997, 2000).

2. Die Kampfhaltung: Andere haben in dieser Aussage einen Ansporn gesehen und sind bis heute darum bemüht, *doch* die Überlegenheit ihrer eigenen Methodik und Technik zu belegen. Damit verbunden waren und sind anhaltende Rivalitätskämpfe, wobei der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn häufig längst in den Hintergrund geraten ist und mittlerweile eher Machtkämpfe zwischen verschiedenen therapeutischen Ansätzen das Feld bestimmen.
3. Die Suchhaltung: Dieser Ansatz ist darum bemüht, weiterführende Fragen zu formulieren und z.B. mit AE Meyer et al. (1991) zu bestimmen, »welche Behandlungsmaßnahmen durch wen, zu welchem Zeitpunkt...bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welchem Zeitraum führt.« Die Beantwortung dieser Fragen ist sehr komplex, und es ist deshalb eigentlich nicht verwunderlich, dass Vermeidungshaltungen, Rechtfertigungsbemühungen und rivalisierende Auseinandersetzungen sich immer wieder in den Vordergrund schieben, weil letztlich Macht- und Finanzinteressen im Hintergrund bestimmend sind. Letztendlich aber geht es um die Frage nach dem gemeinsamen Wirkfaktor.

2.2 Zwischen EbM und EBM

In den letzten zwei Jahrzehnten ist die Psychotherapieforschung zunehmend in das Fahrwasser der sog. Evidenzbasierten Medizin (EbM) geraten. Die an sich lobenswerte, aber leider unausgeglichene Absicht, persönliche Evidenz durch wissenschaftliche Evidenz zu ergänzen und zu ersetzen, hat unter der wenig überzeugenden Übertragung wissenschaftlicher Ansätze z.B. der Pharmaforschung (Stichwort RCT) auf die Psychotherapie gelitten und ist in diesem Zusammenhang zu einem Kampf- und Machtinstrument geworden. In der Folge bestimmten dann wieder Rechtfertigung und/oder Konkurrenz das Feld, und wir sind nach meinem Eindruck eher hinter den Erkenntnisstand früherer Jahrzehnte zurückgefallen. Dies ist aus meiner Sicht auch der Tatsache geschuldet, dass der Fokus dieses Forschungsansatzes fast ausschließlich auf der Ergebnisforschung liegt (Brockmann et al. 2002, Henry 1998, Henningsen und Rudolf 2000, Lambert et al. 1983, Lambert et al. 2002, 2013, Leichsenring 2002, 2011, 2015, Orlinsky 2008, Roth und Fonagy 2005, Norcross et al. 2005, Schüßler 2009, Tschuschke 2005, Wampold 2001). Infolge dieser von der EbM ausgehenden Forschung hat sich zudem der Abstand zwischen klinischer Praxis und Psychotherapieforschung sehr vergrößert. Tschuschke und Freyberger (2015) brachten dies vor einiger Zeit auf einen griffigen Nenner: »Es wird geforscht, was keinen Praktiker interessiert, und was den Praktiker interessiert, wird nicht beforscht!« Die Machtverhältnisse in der Psychotherapieforschung haben sich sehr verändert. Forschungsgelder sind heute nicht mehr ohne erhebliche Zugeständnisse der Forscher an Bedingungen gebunden, die sinn-

volle Ergebnisse kaum erwarten lassen (Kurzzeittherapie, manualisierte Therapien usw.). So bewegt sich die Psychotherapie in Deutschland aktuell in einem eher auseinanderdriftenden Spannungsfeld zwischen EBM und EbM. Auf der einen Seite entwickelt sich eine zunehmend von der Dynamik des Geldes bestimmte Praxis ohne den begleitenden Forschungsanstoß, auf der anderen Seite wird eine Forschung durchgeführt, die den notwendigen Bezug zu den wichtigen Praxisfragen verliert (Lieberz 2018).

Auf die Schwierigkeiten, die mit der Übertragung des EbM-Modells auf die Psychotherapie verbunden sind, wurde vielfach hingewiesen. Tschuschke (2005) hat die Vor- und Nachteile dieses Vorgehens zusammengefasst. Als Vorteile beschreibt er die Eliminierung von Störvariablen, allerdings mit dem Nachteil, dass behandlungsrelevante Variablen leicht ausgeschaltet werden können. Die Unterordnung dieses Ansatzes unter statistische Erfordernisse mag dann zwar zu reliablen Messungen und (nicht ausreichender) statistischer Signifikanz führen. Allerdings schränken unrealistische störungsspezifische Vorgaben und Standardisierungen (Manuale) die Reichweite dieses Vorgehens sehr ein. Als Nachteile lassen sich zudem die mit der Laborsituation verknüpften Bedingungen kleiner hochselektiver Patientengruppen, die Vernachlässigung von Komorbiditäten und vor allem der Krankheitschwere, die Schwierigkeiten einer angemessenen Randomisierung und nicht valide Messungen ausmachen. Insgesamt erscheint es auf dieser Basis nicht möglich, unter derartigen Laborbedingungen gewonnene Ergebnisse in die psychotherapeutische Praxis zu übersetzen.

Bei der Komplexität des psychotherapeutischen Geschehens ist es gar nicht möglich, alle das Ergebnis beeinflussenden Variablen zu kontrollieren. Die Laborexperimente sind daher von vornherein praxisfern; sie berücksichtigen zudem nicht die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in verschiedenen Ländern, sie sind angesichts der geringen Fallzahlen in den einzelnen Untersuchungen nicht repräsentativ (das wird auch durch Zusammenfassungen nicht besser) und nicht zu verallgemeinern. Auch wenn empirische Forschung immer mit einer Reduktion komplexer Ausgangsbedingungen verbunden ist, bleibt es im Bereich der Psychotherapie ganz besonders problematisch, wenn bereits die Ausgangssituation, also die Diagnostik und Klassifikation einer Störung, so verbogen und ignoriert werden muss, dass am Ende gar kein sinnvolles Ergebnis erwartet werden kann. Es ist und bleibt eben doch ein Unterschied, ob wir es mit einer Typhuserkrankung mit einem nachweisbaren Erreger als wesentlicher Komponente in der Krankheitsentstehung zu tun haben oder aber z. B. mit einer depressiven Störung, der sehr unterschiedliche und vielfältige und in ihrem Gewicht schwer abzuschätzende Einflussfaktoren zugrunde liegen.

Insofern ist bereits unsere Diagnostik eine entscheidende Schwachstelle. War diese unter dem in früheren Zeiten vorherrschenden psychoanalytischen Denken eher »belletristischer« Natur (Rudolf 2001) und damit für wissenschaftliche Zwe-

cke unbrauchbar, so hat sich mit der Entwicklung der »modernen« Klassifikationssysteme von DSM III über ICD 10 bis DSM V eine Strukturierung ergeben, die in weiten Bereichen versucht, die schwierige und komplexe Diagnostik im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich in eine statistische »Zwangsjacke« zu stecken, ohne damit die Probleme der Validität der Diagnostik wirklich zu beseitigen. Der Versuch, die Diagnostik zu »objektivieren« und von »störenden« Einflüssen wie Theorien, Biografie und Entwicklung sowie auch der interpersonellen Verständigung zu lösen, erreicht nur eine sehr begrenzte Reichweite. Diese Klassifikationsvorgaben sind von daher allenfalls als Ergänzungsinstrument nützlich. Insbesondere der Therapeut wurde auf diesem Wege von einem Interaktionspartner (in Diagnostik und Therapie) zu einem Störfaktor. Dieser Ansatz hat System und vor allem auch Konsequenzen.

Trotz aller gegenteiligen Beteuerungen wird der Patient mit diesem Ansatz, noch mehr als ohnehin gegeben, zum Objekt therapeutischer Bemühungen. Damit rücken die mit dem Patienten verbundenen Einflussgrößen noch stärker in den Vordergrund, als ohnehin notwendig, und sind zwischenzeitlich in dem Versuch eines »Patient Profiling« gemündet, um die Vorhersagekraft einer Behandlung mittels dieser erfassten Variablen weiter zu vergrößern. Die methodischen Probleme z.B. hinsichtlich der Berücksichtigung der Einflussgrößen und der Art der Outcome-Messung sind damit freilich nicht beseitigt. Wenn zudem der Therapeut aus der Gleichung herausgenommen wird, dann erhöht das den Effekt anderer Faktoren und führt damit leicht zu einer Überschätzung z.B. der Wirksamkeit der jeweiligen psychotherapeutischen Technik und Methodik (Norcross et al. 2005, Norcross 2002,2011, Norcross und Lambert 2005, Norcross und Wampold 2011, Wampold 2001,2005).

2.3 Therapeuten

Versuchen wir deshalb an dieser Stelle den Therapeuten etwas stärker in den Blick zu nehmen. Dies kann grundsätzlich auf zwei Wegen geschehen, einer direkten Befragung oder einer indirekten Informationserhebung. Die direkte Befragung der Therapeuten ist ein Weg, der auffälliger Weise spät beschritten wurde. Erst im Jahr 2005 legten Orlinsky und Rønnestad eine ausführliche Befragung von fast 5 000 Psychotherapeuten aus vier verschiedenen Ländern – den USA, Deutschland, Norwegen und Südkorea – vor. Auch wenn die teilnehmenden knapp 1 000 deutschen Psychotherapeuten nicht gesondert ausgewertet wurden, hat diese Befragung doch sehr interessante Erkenntnisse geliefert (siehe Abbildung 17).

Die befragten Psychotherapeuten halten sich in der überwiegenden Mehrzahl (drei Viertel) für gute »Autofahrer«. Sie sind mit ihrer Tätigkeit zufrieden, sehen sie als sinnvoll und hilfreich an. Immerhin ein Viertel der Therapeuten erle-

Abbildung 17 Therapeutenbefragung: Zusammenfassung (nach Orlinsky und Rønnestad 2005)

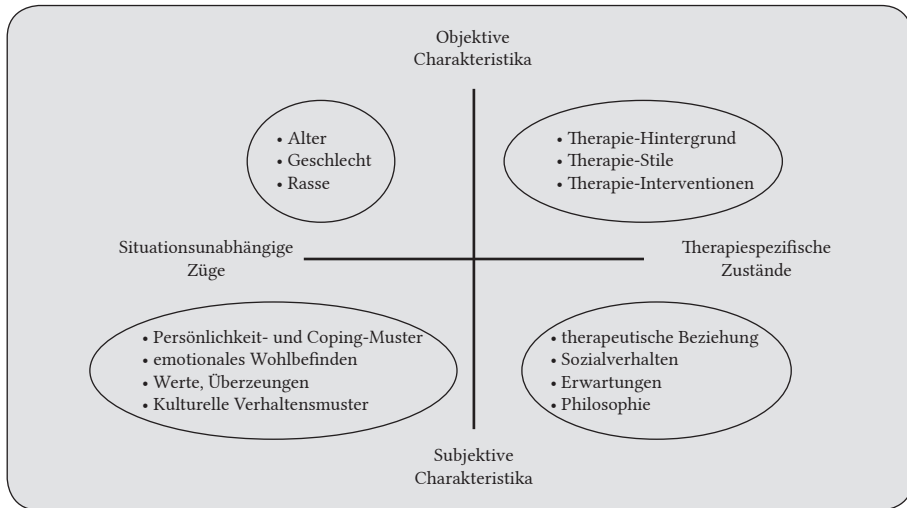
Variablen	Practice pattern	Healing Investment +		Stressful Investment -	
		Effective/Challenging		Disengaged/Distressing	
N = 4 923			75 %		25 %
Alter		> 50 J	81 %	< 35 J	38 %
Geschlecht		weiblich	76 %	männlich	32 %
Beruf		Psychologe	77 %	Mediziner	43 %
Erfahrung		> 15 J	80 %	< 5 J	37 %
Orientierung		Eklektisch	93 %		7 %
		CBT	72 %		28 %
		PD-PT	63 %		37 %
Fam.-Stand		getr./gesch.	83 %	ledig	36 %
Therapie-Setting		selbständig	76 %	Klinik	36 %
Therapie-Art		ET/PT/GT	83 %	ET/GT	35 %

ben ihr Tun allerdings als anstrengend und herausfordernd und zeigen Anzeichen eines resignativen Rückzugs oder der Überforderung. Dabei lässt sich ein deutlicher Alters- und Geschlechtseffekt erkennen. Ältere, erfahrene und weibliche Therapeuten sehen sich zufriedener und erfolgreicher als jüngere, unerfahrene und männliche Therapeuten. Damit verbunden ist dann natürlich auch die Tatsache, dass die älteren, erfahrenen Psychotherapeuten zumeist in eigener selbstständiger Praxis tätig sind und ihre Zufriedenheit mit einer breiten Auffächerung in der Form ihrer Vorgehensweise und der Herausbildung ihres jeweils eigenen Stils über die Jahre zusammenhängt. Ein wichtiger Hinweis ergibt sich auch aus dem primären beruflichen Hintergrund (hier vereinfacht reduziert auf Psychologe oder Arzt; in den USA sind auch anderweitige Disziplinen psychotherapeutisch tätig): Psychologen sehen sich deutlich zufriedener und effektiver in ihrem Beruf als die medizinisch ausgebildeten Psychotherapeuten. Zusammenfassend ließen sich diese Ergebnisse dahin deuten, dass sich im Laufe der Jahre eine positive Selektion an Therapeuten herausbildet, während solche, die aus welchen Gründen auch immer Schwierigkeiten in diesem Beruf erfahren, wahrscheinlich in einem hohen Maße frühzeitig ausscheiden und aufgeben.

Die Autoren verbinden ihre Ergebnisse mit dem beruflichen Entwicklungsgang der Psychotherapeuten und postulieren zwei verschiedene Entwicklungswege im Sinne einer positiven spiralförmigen Aufwärtsentwicklung und einer eher negativ

ausgerichteten Abwärtsbewegung. Etwas modifiziert möchte ich diese Entwicklungen wie folgt skizzieren. Bei einer vorteilhaften kommunikativen Ausgangsbegabung entscheiden die jeweiligen biografischen Bedingungen des Einzelnen wahrscheinlich über die Berufswahl, wobei für das psychotherapeutische Wirken eine mittelgradige Belastung mit Entwicklungsrisiken von Vorteil sein dürfte. Psychotherapeuten sollten nicht zu viele belastende Erfahrungen und Brüche in ihrer eigenen frühen Entwicklung bis in die Pubertätszeit hinein gemacht haben; sie sollten aber auch nicht ohne Herausforderungen ihre Kindheit und Jugend verbracht haben, da ihnen sonst leicht das notwendige Einfühlungsvermögen in die Entwicklungsbedingungen und die Schwierigkeiten ihrer Patienten fehlt (Fussell und Bonney 1990). Wenn sie dann im Laufe ihrer frühen beruflichen psychotherapeutischen Sozialisation eher positive Verstärkungen bekommen, wirkt dies als Anreiz und Mutmacher für den eingeschlagenen Weg, während umgekehrt frühe entmutigende Rückmeldungen und Umstände die Zuversicht in die eigene Wirksamkeit untergraben. So entwickelt sich im Laufe der Jahre in Verbindung mit einer guten, die eigenen Fähigkeiten unterstützenden und fördernden Weiterbildung die persönliche Überzeugung, den besonderen Herausforderungen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit gewachsen zu sein. Dabei dürften sich auch die persönlichen Stärken und Schwächen herauskristallisieren, und es dürfte sich zeigen, mit welchen Patienten der jeweilige Therapeut besser oder schlechter zurechtkommt. Der Sprung in die Selbständigkeit ermöglicht dann nicht nur die eigene Weiterentwicklung und Verbesserung, sondern in der Regel auch die *Möglichkeit zur Auswahl der passenden Patienten*. Diese Selektion dürfte eine entscheidende Grundlage für die letztlich feststellbaren Effekte einer Behandlung bedingen.

Neben der Möglichkeit einer persönlichen Befragung von Psychotherapeuten ergibt sich als zweite Informationsquelle und Zugang zum behandelnden Psychotherapeuten natürlich die Erfassung der verschiedensten und für wichtig erachteten Variablen in Psychotherapiestudien. Einen Überblick über einige dieser Eigenschaften, die in vielen Studien in der verschiedensten Form erfasst wurden, sei an dieser Stelle eingefügt (siehe Abbildung 18, nächste Seite). Die dabei beschriebenen Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses einzelner dieser Variablen auf den Verlauf und das Ergebnis von Behandlungen sind sehr widersprüchlich und uneinheitlich (Ackermann und Hilsenroth 2001, Baldwin und Imel 2013, Bruck et al. 2006, Chang und Joon 2011, Dunkle und Friedländer 1996, Heinonen und Orlinsky 2013, Hilliard et al. 2000, Luborsky et al. 1971, Rieping 2021, Roth und Fonagy 2005b, Swift und Callahan 2009, 2011, Wampold 2001, 2005).

Abbildung 18 Therapeuteneffekte (nach Beutler et al. Handbook of Psychotherapy 1994)

2.4 Die Therapeutenwahl

Ich möchte mich im Folgenden auf zwei Punkte konzentrieren, die meines Erachtens als Tabus in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung bezeichnet werden können. Der eine Punkt ist das Geschlecht des Therapeuten, der andere Punkt ist seine berufliche Herkunft, hier als Arzt oder als Psychologe.

Zu den frühesten und anhaltendsten Ergebnissen psychotherapeutischer Forschung und Erfahrung gehört, dass Psychotherapie »Frauensache« ist. Für die von uns im Rahmen des MARS-Projektes untersuchten Bedingungen im psychodynamischen Zweig der Richtlinien-Psychotherapie heißt dies, dass zwei Drittel der Therapeuten und drei Viertel der Patienten weiblichen Geschlechts sind. Erstaunlicherweise scheint dies als »gottgegeben« hingenommen zu werden, obwohl wir z. B. auch wissen, dass Männer in seelischer Hinsicht keineswegs als gesünder anzusehen sind als Frauen. Sie weisen aber ein anderes Hilfesuchverhalten und ein unterschiedliches psychopathologisches Spektrum auf. Außerdem bilden sich je nach Geschlecht (und Alter) des Therapeuten unterschiedliche Behandlungsdynamiken heraus (Bedi und Richards 2011).

Eine von uns vorgenommene weiterführende Analyse beschäftigt sich deshalb mit der naheliegenden, aber bisher nicht untersuchten Frage der Therapeutenwahl unter den Bedingungen der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland (Altmann et al. 2016). Diese den Rahmenbedingungen zuzuordnende Frage wird bisher in der Forschung ausgeblendet, obwohl es Grund zur Annahme gibt, dass die vom Patienten vorgenommene Therapeutenwahl (und umgekehrt die vom

Therapeuten vorgenommene Patientenauswahl) entscheidend für die jeweilige »Passung« und damit das Endergebnis der Behandlung ist. Zunächst lässt sich feststellen, dass unter diesen naturalistischen Bedingungen die Therapeutenwahl in hohem Maße von der Geschlechtsidentität getragen wird (s. Kap. II.8). Frauen suchen in erster Linie weibliche Therapeuten, Männer suchen bevorzugt männliche Therapeuten (sofern sie welche finden). Ausschlaggebend für die Therapeutenwahl ist mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht die Symptomatik oder die Schwere der Störung, sondern in erster Linie das Geschlecht des Therapeuten. Dass das Geschlecht des Therapeuten, wie es in vielen Studien gefunden und unzulässig verallgemeinert worden ist, keinen Einfluss auf das Therapieergebnis haben soll, ist von daher schon wenig plausibel und weist eher auf die methodischen Mängel der bisherigen Forschungsbemühungen und die oft falschen Fragestellungen hin (Baldwin und Imel 2013, Beutler et al. 1994, 2004, Norcross et al. 2005, Norcross und Lambert 2005, Orlinsky und Howard 1976, 1980, Roth und Fonagy 2005, Wampold 2001). Diese geschlechtsabhängigen Scheuklappen in unseren Anstrengungen machen es sehr schwer, weiterführende Fragen und gegebenenfalls strukturelle Veränderungen zu initiieren. Zu fragen wäre z.B. etwa, ob es nicht eine sinnvolle oder gar notwendige Maßnahme sein müsste, in der Zulassung von Psychotherapeuten auf eine bessere Geschlechterausgewogenheit zu achten. Auch zu ermitteln wäre, welche Veränderungen ggf. unser therapeutisches Vorgehen benötigt, um die Hemmschwelle für Männer niedriger zu hängen und damit den Anteil behandlungsbedürftiger Männer in der Regelversorgung zu erhöhen (z.B. durch schulunenabhängige Stufenprogramme).

Auch wenn uns allen deutlich vor Augen schwebt, dass die Unterschiede in der Berufswahl, der beruflichen Sozialisation und zumindest der anfänglichen beruflichen Tätigkeit z.B. zwischen Ärzten und Psychologen sehr groß sind, wird doch, insbesondere in Kreisen psychodynamisch tätiger Psychotherapeuten, seit der Diskussion um die sog. »Laienanalyse« (Freud 1925) so getan, als gäbe es zwischen den verschiedenen Berufsgruppen keine Unterschiede. Hier ist ein weiteres Tabuthema entstanden. Nicht so selten finden wir insbesondere bei ärztlichen Psychotherapeuten die Neigung, sich ganz von ihrer ursprünglichen Berufswahl als Arzt zu distanzieren und sich als »Psychoanalytiker« dann einem »anderen« Beruf zuzuwenden. Manche streichen bei ihrem Dokortitel auch den Hinweis auf die Ausrichtung, so dass die Unterschiede gegenüber anderen akademischen Herkünften nicht mehr erkennbar sind. Dies geschieht absichtlich in dem gut gemeinten Bemühen, die Unterschiede gegenüber z.B. den psychologischen Psychotherapeuten unkenntlich zu machen und die Gemeinsamkeiten zu betonen. Dabei wird aus meiner Sicht verkannt, dass es hier nicht um die Frage von »besser« oder »schlechter« geht, sondern allein um die Frage eines anders gearteten Angebots an die Patienten, also um die Frage der »Vielfalt«. Zweifellos gibt es auch außerhalb der medizinischen oder psychologischen Herkunft Menschen, die Kraft ih-

res Talents (und nicht Kraft ihrer jeweiligen Ausbildung) eine sehr gute Eignung zur psychotherapeutischen Tätigkeit mit sich brächten. Es geht hier also nicht um die mit solchen Einstellungen offenbar verbundenen Wertigkeitsfragen, sondern vielmehr darum, dass das gefestigte Bild des Arztes nach außen eine andere Ausstrahlung besitzt als die des noch sehr ungefestigten Berufsbildes eines Psychologen. Von daher stellt sich z. B. die Frage, ob ärztliche Psychotherapeuten etwa andere Patienten zu Gesicht bekommen als psychologische Psychotherapeuten. Der häufig festzustellende unterschiedliche Sprachgebrauch, nach dem Ärzte Patienten behandeln, Psychologen aber »Klienten«, würde dies nahelegen. Deshalb erscheint es plausibel, der Frage nachzugehen, welchen Einfluss auf die Therapeutenwahl/Patientenwahl diese unterschiedliche Ausgangslage hat. Wir haben dies im Rahmen des MARS-Projektes trotz aller Vorläufigkeiten und Einschränkungen versucht, wobei sich zeigte, dass schwerer gestörte psychosomatisch Kranke eher ärztliche als psychologische Hilfestellung in Anspruch nehmen. Dies ist insbesondere auf Patienten mit Herzbeschwerden im akuten Stadium zurückzuführen (Lieberz et al. 2013; siehe Tabelle 51).

Tabelle 51 BSS – Schweregrad und Therapeutenwahl (Lieberz et al. 2013)

BSS – körperlich	Arzt	Psychologe	gesamt
0–2	51,5 %	48,9 %	100 %
keine bis deutliche Beeinträchtigung	462	442	904
3–4	72,1 %	27,9 %	100 %
starke bis extreme Beeinträchtigung	75	29	104
gesamt	53,3 %	46,7 %	100 %
	537	471	1 008

Chi-Quadrat 16,54; $p = 0.000$

Im Gegensatz dazu finden wir unter den Bedingungen der Richtlinien-Psychotherapie bei Bestehen schwerer somatischer Erkrankungen keine Unterschiede hinsichtlich der Therapeutenwahl. Wenn wir dieses Ergebnis aus einer naturalistischen Studie in einen größeren Zusammenhang auch unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen einordnen, dann ergibt sich das folgende Bild (siehe Tabelle 52). Wie sich zeigt, haben sowohl die Rahmenbedingungen wie z. B. der Praxisort, aber auch soziale Patientenvariablen und die Art und Schwere der Symptomatik Einfluss auf die Therapeutenwahl und damit auch auf die Art der Behandlung.

Mittlerweile sind wir aufgrund der politischen Weichenstellungen damit konfrontiert, dass die Psychotherapie von den Psychologen übernommen wird. Ärztliche Psychotherapeuten benötigen aktuell bereits »Minderheitenschutz« und werden auf Dauer wahrscheinlich weitgehend aus der Psychotherapie verdrängt

Tabelle 52 Logistische Regression: Therapeutenwahl (Lieberz et al. 2013)

Unabhängige Variable	OR	Test	p	Konfidenzintervall
Praxisort	1,525	9,721	0,002	1,170–1,988
Familienstand ledig	1,426	3,501	0,061	0,983–2,069
Alter	0,995	0,603	0,438	0,982–1,008
Kinder	0,710	3,778	0,052	0,502–1,003
Herz-Kreislauf	0,539	8,695	0,003	0,358–0,813
BSS körperlich	0,445	11,951	0,001	0,281–0,704

werden, was wegen der oben beschriebenen Verringerung der Vielfalt im Angebot an unsere Patienten wenig vorteilhaft erscheint.

2.5 Die therapeutische Beziehung

Eine andere Möglichkeit, sich dem Therapeuten zu nähern, erfolgte in den vergangenen Jahrzehnten über den Umweg der sog. »hilfreichen therapeutischen Beziehung«. Zu diesem Thema liegt mittlerweile eine unüberschaubare Zahl von Veröffentlichungen vor (Ackermann und Hilsenroth 2001, Bedi und Richards 2011, Dunkle und Friedlander 1996, Horvath und Luborsky 1993, Horvath et al. 2011, Lambert und Barley 2002, Muran und Barber 2010, Messer und Wolitzky 2010, Norcross 2002, 2011, Norcross und Lambert 2011, Norcross und Wampold 2011, Roth und Fonagy 2005, Summers und Barber 2003). Dieses Konzept war ursprünglich psychodynamischer Natur, ist aber im Laufe der Jahrzehnte auch von anderen therapeutischen Ansätzen genutzt und »adoptiert« worden, selbst da, wo der Therapeut konzeptionell eher eine geringere Rolle spielt. Damit verbunden ist eine die empirische Forschung in unserem Bereich ohnehin begleitende Verflachung dieses interessanten Ansatzes. Die Fragebögen werden immer kürzer, ihr Einsatz scheint oft Alibicharakter zu besitzen, weil es beim heutigen Stand der Dinge kaum möglich ist, eine Untersuchung ohne Berücksichtigung dieser Variablen vorzulegen. Tatsächlich stehen wir aber auch bei diesem Konzept vor großen Definitions- und Operationalisierungsproblemen. Der Fokus lag hier ursprünglich auf dem Therapeuten und seinen Fähigkeiten, die zwangsläufig in jeder Behandlung auftretenden Brüche in der Beziehung zum Patienten entgegen dem Übertragungsangebot und Übertragungssog unter Berücksichtigung seiner gegenübertragungsbedingten Aktionen und Reaktionen zu reparieren und hilfreiche »Brücken« zu schlagen. Dies ist jedenfalls aus psychodynamischer Sicht der entscheidende Teil der therapeutischen und professionellen Arbeit. Mittlerweile scheint mir der Fokus im-

mer mehr in Richtung des Patienten gerutscht zu sein, und zwar unabhängig davon, dass selbstverständlich der Patient besser als der Therapeut beurteilen kann, ob die Bemühungen des Therapeuten erfolgreich waren. Erfasst wird heute, auch aus methodischen Gründen, eher die »therapeutische Arbeitsbeziehung« oder die »Zufriedenheit« des Patienten mit der Behandlung. In Verbindung mit immer kürzer geratenen Fragebögen gewinnt das Instrument damit eher den Charakter eines »Feuermelders«, der immerhin darauf aufmerksam machen kann, dass der Patient »Unzufriedenheiten« erkennen lässt und womöglich ein Therapieabbruch droht. Allerdings geht eine erfolgversprechende Behandlung nicht zu jedem Zeitpunkt mit der Zufriedenheit des Patienten (oder Therapeuten) einher. Sie muss z. B. von Idealisierungstendenzen des Patienten oder positiven wie auch negativen Übertragungsreaktionen unterschieden werden. Zudem ist zu beachten, dass die HTA eine moderierende Variable darstellt, die im Wesentlichen von den jeweiligen Biografien und den damit verbundenen Introjekten und Beziehungsmustern des Patienten und des Therapeuten abhängt (Bruck et al. 2006, Diamond et al. 2003, Dunkle und Friedländer 1996, Fussel und Bonney 1990, Heinonen und Orlinsky 2013, Hilliard et al. 2000, Lambert und Barley 2002, Messer und Wolitzky 2010, Norcross und Wampold 2011). Trotz all dieser Einschränkungen und Vorbehalte lässt sich doch eine relativ kleine, aber robuste Korrelation von etwa $r = .25$ zwischen HTA und Outcome feststellen.

Fassen wir die bisherigen Eindrücke vom Einfluss des Therapeuten auf das Therapieergebnis zusammen, dann lässt sich feststellen, dass die spezielle Methodik, die ein Therapeut ausführt, wenig Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben scheint. Versuche, technische und methodische Vorgaben manualisiert umzusetzen, sind als praxisfern und als gescheitert anzusehen. Die Therapeuten selbst sind in hohem Maße für die Variabilität im Ergebnis verantwortlich. Die Person des Therapeuten ist der kritische Faktor für den Erfolg einer Therapie (Hilliard et al. 2000). Der Therapeut, unabhängig von der Art der Therapie, macht den Unterschied.

Norcross und Lambert (2005) fassen die mit den heutigen Methoden erreichbaren Ergebniseffekte zusammen und versuchen sie den unterschiedlichen Einflussquellen zuzuordnen. Mit den bisherigen Untersuchungen können bis heute nicht mehr als 40 bis 50 % in der Varianz aufgeklärt werden (siehe Abbildung 19). Dabei trägt der Patient den größten Anteil zur Aufklärung bei. Aber auch der mit dem Therapeuten verbundene Aufklärungsbeitrag beläuft sich auf etwa 20 bis 25 %. Die spezifische Behandlungsmethode ist hingegen von ganz untergeordneter Bedeutung. Als weitere Einflussfaktoren können die mit der Dauer der Therapie zunehmend bedeutsam werdenden Umfeldereignisse wie auch Erwartungs- und Placeboeffekte Berücksichtigung finden.

Festzuhalten bleibt, dass die bisherigen psychotherapeutischen Forschungsbemühungen bestätigt haben, dass Psychotherapie wirkt. Dazu tragen vor allem die involvierten Personen, nämlich der Patient und der Therapeut, bei. Metho-

Abbildung 19 The therapy relationship (nach Norcross JC und Lambert MJ 2005)

- Therapy outcome studies erklären nicht mehr als 40–50% der Varianz im outcome
- Viele Studien zusammengefasst, schätzen die Autoren die Einflüsse wie folgt:
 1. Der Patient trägt 20–30% zur outcome-Varianz bei
 2. Die therapeutische Beziehung trägt etwa 10% bei
 3. Der Therapeut trägt etwa 8% bei (wenn nicht mit Methodeneffekten konfundiert)
 4. Die spezifische Behandlungsmethode trägt etwa 5–8% bei
 5. Die spezifische Interaktion zwischen Patient, Methode und therapeutischer Beziehung trägt weiter 5% bei

dische Wirkkomponenten haben unter der in den letzten beiden Jahrzehnten stark in den Vordergrund gerückten EbM-getriebenen Forschung auch deshalb eine überschätzte Bedeutung bekommen, weil der Therapeut als »Störfaktor« zunehmend eliminiert wurde.

Gerade psychodynamische Forschung sollte sich daher wieder stärker auf den Therapeuten als gestaltende Kraft in der therapeutischen Beziehung besinnen. Hierbei kann unter den in Deutschland geltenden Bestimmungen davon ausgegangen werden, dass ein wissenschaftlich ausgerichteter Studiengang als Zugangsvoraussetzung zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ein wesentliches Merkmal der Strukturqualität darstellt. Damit steigt jedenfalls die Wahrscheinlichkeit einer vernunftorientierten Lebensgestaltung für den Patienten. Dabei gilt es als wesentliche Erkenntnis psychodynamischer Behandlungsführung im Auge zu haben, dass das Ergebnis einer Psychotherapie letztlich immer vom *Identifikationsangebot* des Therapeuten und der *Identifikationsbereitschaft und Identifikationsmöglichkeit* des Patienten abhängig ist. Die professionelle Aufgabe des Therapeuten liegt darin, die strukturell verankerten Schwierigkeiten des Patienten zu erkennen und ein Behandlungsangebot und eine Behandlungsführung anzubieten, die eine konstruktive Lösung der individuellen Unwucht in den Beziehungsgestaltungen des Patienten zulässt.

In der Forschung sind dabei auch Laborstudien unverzichtbar. Der abwehrende Reflex gerade von psychodynamischer Seite in Bezug auf die weitgehend laborgestützte EbM-Forschung ist nicht weiterführend. Zwar ist die Notwendigkeit der Übertragung von Erkenntnissen aus dem Labor in die Praxis – und damit in die Feldforschung (naturalistische Studien) – richtig, aber auch die Feldforschung hat ihre Grenzen und Schwierigkeiten (siehe Tabelle 53).

Dabei sind vier deutsche Studien, die im Rahmen der RLPT an verschiedenen Universitätsabteilungen durchgeführt wurden, den Ergebnissen der MARS-Studie allein hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung gegenübergestellt worden. Diese Studie berücksichtigt, wie in diesem Buch ausführlich dargelegt, den

Tabelle 53 Alter und Geschlecht in AP- und TFP-Studienauswahl (4 deutsche Studien vs. MARS-Projekt (nach Jakobsen et al. 2007))

		GÖ		F		M		HD		Gesamt			MARS		
		AP	AP	TFP	AP	TFP	AP	TFP	AP	TFP	Alle	AP	TFP	Alle	
A	MW	35,5	31,6	33,7	31,2	35,4	36,6	37,8	34,3	36,7	35,1	46,1	48,5	47,9	
	SD	8,6	6,9	17,7	5,5	8,1	8,2	10,9	8,0	10,3	8,8				
	min	24	21	22	24	24	20	19	20	19	19	23	25	23	
	max	56	45	54	40	47	54	58	56	58	58				
	n	36	23	3	13	16	32	26	104	45	149	233	768	1 001	
G	m/n	11	6	0	4	6	10	10	31	16	47	68	194	262	
	%	30,6	26,1	0	30,8	37,5	31,3	38,5	29,8	35,5	31,5	29,5	25,2	26,2	
	w/n	25	17	3	9	10	22	16	73	29	102	164	576	742	
	%	69,4	73,9	100	69,2	62,5	68,8	61,5	70,2	64,4	68,5	70,7	74,8	73,8	

bisher größten Datensatz hinsichtlich Richtlinien-Psychotherapien, auch wenn selbst diese umfangreiche Erfassung keine Repräsentanz für alle Richtlinien-Psychotherapien psychodynamischer Art in Deutschland für sich beanspruchen kann. Zunächst wird bei diesem Vergleich deutlich, dass die einzelnen Studien für sich erwartungsgemäß sehr kleine Stichproben von Patienten umfassen und auch in der Zusammenfassung dieser hier aufgeführten vier Studien nicht mehr als 149 Patienten erfasst werden. Diese weichen zudem bei einem Vergleich mit der MARS-Stichprobe von über 1 000 Behandlungsanträgen in der RLPT vor allem hinsichtlich der Altersstruktur, weniger hinsichtlich der Geschlechtsverteilung von den MARS-Patienten ab. Die Studienpatienten sind im Mittel wesentlich jünger als der durchschnittliche in den Praxen auftauchende und zur Behandlung anstehende Patient. Die Geschlechtsverteilung lässt dann wieder den zu erwartenden Überhang als weiblichen Patienten erkennen.

2.6 Der Therapieprozess

Damit rückt der in den zurückliegenden Jahrzehnten in umfangreicher Weise beforschte Therapieprozess wieder in den Mittelpunkt des Geschehens. Allerdings hat die Therapieprozessforschung bis heute vor allem einen qualitativ ausgerichteten Charakter und ist weit entfernt von einer empirischen, hypothesengeleiteten Ausrichtung (Lambert und Barley 2002, Norcross 2011, Norcross und Lambert 2005, Orlinsky et al. 2004). Wie könnten wir uns also die weitere Entwicklung ei-

ner wissenschaftlich fundierten Psychotherapie in Praxis und Forschung vorstellen, vor allem unter der notwendig erscheinenden Maßgabe, dass beide untrennbar miteinander verbunden sind. Zudem erscheint es unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung notwendig, den Rahmen des medizinischen Modells, trotz aller Unzulänglichkeiten, nicht aufzugeben. Vielleicht hilft uns also ein Blick »über den Gartenzaun« und die Betrachtung der aktuellsten Forschungsentwicklungen im Bereich der biologischen Medizin, heute umrissen mit den Schlagworten der »Translationalen Medizin« oder auch missverständlicher Weise sog. »Personalisierten Medizin«. Damit ist eigentlich die schnelle Umsetzung von Forschungsergebnissen aus dem Labor in die Klinik gemeint, also nicht die häufig bemühte Gegenüberstellung von Laboruntersuchungen und naturalistischen Studien. Beides gehört untrennbar zusammen. Wir können weder auf Laboruntersuchungen und Experimente verzichten, noch können wir die Übertragbarkeit in die klinische Praxis aufgeben. Beide Erkenntniszugänge sind unverzichtbar.

Vorreiter auf diesem Weg sind die Bemühungen im Bereich der Onkologie. Dort hat man festgestellt, dass es zwar viele gut wirkende Zytostatika gibt, dass die Patienten aber sehr unterschiedlich auf die einzelnen Präparate reagieren. Daraus ergab sich dann, unter Zuhilfenahme des genetischen Profils des Patienten, der anhaltende Versuch, für den einzelnen Patienten ein »maßgeschneidertes« Medikament zu entwickeln und einzusetzen und damit die Wirksamkeit (und die Verträglichkeit) der Behandlung zu erhöhen. Wenn wir diesen Ansatz also auf die Psychotherapie übertragen, dann wäre, neben einer Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen, dem »Patient Profiling« ein »Therapist Profiling« an die Seite zu stellen. Welche Variablen sinnvollerweise in ein solches Profiling eingehen sollten, bliebe zu diskutieren. Neben soziodemografischen Angaben wären vor allem auch biografische Angaben (Risikoindex, Introjekte usw.) mit zugehörigen Bindungsmustern und strukturellen Eigenheiten zu berücksichtigen (Diamond et al. 2003, Dührssen und Lieberz 1999, Dunkle und Friedländer 1996, Fussel und Bonney 1990, Heinonen und Orlinsky 2013, Hentschel et al. 1997, Hilliard et al. 2000, Wampold 2001, 2005). Sinnvollerweise könnte ein solches Therapeutenprofil von einem neutralen Institut (verschlüsselt) erstellt und dann dem Therapeuten zur Verfügung gestellt werden. Es bestände damit für die Forschung die Möglichkeit, dieses individuelle Therapeutenprofil mit den verschiedensten Patientenprofilen zu kombinieren und zu verfolgen, welche Vorteile oder auch Schwierigkeiten im Einzelfall zu erwarten wären. Das würde dann auch eine hypothesengeleitete Erforschung des Verlaufes und Behandlungsprozesses ermöglichen. In der Praxis könnte der Therapeut auf dieser Basis den einzelnen Patienten mit seinem eigenen Profil verbinden und damit wichtige Fingerzeige bekommen, mit welchen Ereignissen er in diesem Fall zu rechnen hätte. Ein solches Vorgehen erscheint praxisnah und akzeptabel, da die Datenkontrolle letztlich beim Therapeuten verbleibt. Eine externe »Maßschneiderei« erscheint beim heutigen Stand der Dinge dagegen

nicht praktikabel – zu aufwendig und nicht vermittelbar – und wäre allenfalls für einzelne Forschungsprojekte interessant.

2.7 Fazit

Versuchen wir die beschriebenen Gesichtspunkte zusammenzufassen und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsfragen zu geben (siehe Abbildung 20): Zunächst bleibt festzuhalten, dass Psychotherapie ein höchst wirksames Vorgehen in der Krankenbehandlung darstellt. Dies ist ein über Jahrzehnte hinlänglich belegtes Faktum, das nicht ständig neu, in Verbindung mit den allgegenwärtigen Rivalitäten, narzisstischen Aufwertungs- und Abwertungsbemühungen und zugehörigen Rechtfertigungsanstrengungen wiederholt werden muss. Das ist langweilig und nicht weiterführend. Stattdessen gilt es, die derzeitigen Defizite und Schwierigkeiten der Psychotherapieforschung im Sog der evidenzbasierten Medizin zu berücksichtigen und die damit verbundenen Einseitigkeiten zu überwinden.

Abbildung 20 Fazit für die Therapieforschung

- Reduzierung der Rechtfertigungsbemühungen
- Ausstieg aus narzisstischen Überlegenheitsphantasien (länger als ...)
- Verstärkung der Grundlagenforschung, Abkoppelung vom einseitigen Blick auf das Outcome
- Hinwendung zu naturalistischen Studien (ambulanten)
- Dabei mehr Bescheidenheit, kleine Schritte
- Probatorische Sitzungen als entscheidenden Selektionsschritt untersuchen
- KZT unter verschiedenen Rahmenbedingungen (psychosomatische Grundversorgung, Ärzte, Psychologen etc.)
- Einbeziehung des Therapeuten als entscheidende Variable
- Nutzung von Biografie und Beeinträchtigungsschweregrad, weg von Symptomlisten
- Hinwendung zur maßgeschneiderten Psychotherapie
- Aufbau von Forschungsteams aus Therapeuten und Forschern

Die Forderung nach naturalistischen Studien ist nachvollziehbar; sie ist aber zu einfach und löst die großen Probleme in der Umsetzung nicht (Selektionseffekte, geringe Gruppengrößen, mangelnde Repräsentativität usw.). Laboruntersuchungen und Experimente sind weiter notwendig, die Übertragung und Bewährung in der Praxis entscheidet aber über die Nützlichkeit des Vorgehens. Dabei sind die international höchst unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Sinnvoll erschien es jedoch, die einseitige Fixierung auf Therapieergebnisse und

entsprechende Korrelationsstudien aufzugeben und in stärkerem Maße Grundlagenforschung zu betreiben. Dazu gehört auch, den in der Vergangenheit aus unterschiedlichen Gründen »ausgelöschten« Therapeuten als Interaktionspartner und limitierende Größe wieder einzubeziehen. Die Erstellung von Patienten- und Therapeutenprofilen wäre ein Schritt hin zu einer Verbesserung der »Passung« zwischen diesen beiden Akteuren und würde den völlig überbewerteten Blick auf die Technik und Methodik des Vorgehens relativieren. Die in der Praxis zu erwartenden Vorbehalte auf Seiten der Therapeuten wären bei angemessenem Vorgehen wohl zu überwinden, zumal dem Therapeuten ein hilfreiches Instrument zur Verfügung gestellt werden könnte. Letztlich wird es aber wohl nicht ohne den Aufbau von Teams aus Forschern und Praktikern gehen, die über Jahre zusammenarbeiten und die notwendige Vertrauensgrundlage geschaffen haben.