

Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine kritische Analyse der Lage

Volker Tschuschke¹, Harald J. Freyberger²

Summary

On the present situation in psychotherapy and its implications – A critical analysis of the facts

The currently dominating research paradigm in evidence-based medicine is expounded and discussed regarding the problems deduced from so-called empirically supported treatments (EST) in psychology and psychotherapy. Prevalent political and economic as well as ideological backgrounds influence the present dominance of the medical model in psychotherapy by implementing the randomized-controlled research design as the standard in the field. It has been demonstrated that randomized controlled trials (RCTs) are inadequate in psychotherapy research, not the least because of the high complexity of the psychotherapy and the relatively weak role of the treatment concept in the change process itself. All major meta-analyses show that the Dodo bird verdict is still alive, thereby demonstrating that the medical model in psychotherapy with its RCT paradigm cannot explain the equivalence paradox. The medical model is inappropriate, so that the contextual model is proposed as an alternative. Extensive process-outcome research is suggested as the only viable and reasonable way to identify highly complex interactions between the many factors regularly involved in change processes in psychotherapy.

Z Psychosom Med Psychother 61/2015, 122–138

Keywords

Evidence-based Medicine – Randomized-controlled Trials in Psychotherapy – Empirically Supported Treatments in Psychotherapy – Psychotherapy and Empirically Supported Treatments – Nonspecific Therapeutic Factors

Zusammenfassung

In einem Übersichtsartikel werden das derzeit vorherrschende Forschungsparadigma der evidenzbasierten Medizin (EBM) und seine Auswirkungen in Psychologie und Psychotherapie (Stichwort empirically-supported treatments, EST) vor dem Hintergrund politisch-ökonomischer und ideologischer Strömungen problematisiert und in seinen Auswirkungen diskutiert. Das Dodo Bird-Urteil eines Äquivalenzparadoxons vergleichbarer Effektivität unterschiedlicher Behandlungskonzepte hat weiterhin Bestand, wie sämtliche große Metaanalysen zeigen. Das medizinische Modell mit seinem randomisiert-kontrollierten Forschungsparadigma (RCT-Studien) ist für die Psychotherapie unangemessen, weil nur sehr eingeschränkt durchführbar, ist unterkomplex und trägt nicht zur Kenntnis über die wahren veränderungsrelevanten

¹ Studiengang Psychotherapiewissenschaft, Sigmund Freud-Privatuniversität Berlin.

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald und HELIOS-Hansekrankenhaus Stralsund.

ten Wirkfaktoren bei. Stattdessen wird eine aufwendige Prozess-Ergebnisforschung als sinnvoller und gangbarer Weg vorgeschlagen (kontextuelles Modell), der die hohe Komplexität des therapeutischen Veränderungsprozesses am ehesten erfasst.

Einleitung

Forschung und Praxis klaffen nirgendwo in der Medizin so weit auseinander wie in der Psychotherapie. Die universitär verankerte Psychotherapieforschung und eine dem alltäglichen Handeln im klinisch-praktischen Bereich verhaftete psychotherapeutische Praxis existieren zusehends in verschiedenen Welten. Diese Auseinanderentwicklung hat zu einer resignativen Gleichgültigkeit auf Seiten der Praktiker gegenüber Forschungsergebnissen geführt, während die universitär verankerte Forschung immer weitere Daten produziert, deren grundlegendes Forschungsparadigma – auf das im Folgenden näher eingegangen werden soll – aus ihrer Sicht für unverzichtbar für das Gebiet angesehen wird. Die ‚Fronten‘ haben sich verhärtet, und es bedarf einiger Polemik, um sich überhaupt Gehör zu verschaffen. Diese Entwicklung hat Hintergründe und Implikationen, die wir mit unserem Beitrag ins Licht einer fachlichen Öffentlichkeit heben wollen, um sie einer kritischen Debatte zuführen zu können.

Seit dem Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts müssen wir eine beschleunigt ökonomisierte Medizin konstatieren (Maio 2013), die entsprechende Auswirkungen auch auf die Psychotherapie hat. In den USA der frühen 90er Jahre erfolgten gravierende Veränderungen im Erstattungssystem im medizinischen Bereich, wesentlich zurückzuführen auf sogenannte „managed care“-Organisationen, die zu beschleunigten Entwicklungen von Behandlungsrichtlinien führten, um Behandlungen über unterschiedliche Behandler hinweg mehr zu vereinheitlichen, mit dem Hauptanliegen der Kostenreduktion (Lambert 2013). In der Psychologie und Psychotherapie etablierte sich das Paradigma der *Evidence-Based Treatments (EBT)*, *Empirically Supported Treatments (EST)*, *Evidence-Based Practice (EBP)* beziehungsweise auch *Empirically Validated Treatment (EVT)* genannten Forschungsmethodologie, ein Ansatz, der zutiefst in ein *medizinisches Modell* von psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung eingebettet ist (Wampold 2001). Das Problem der *EBT*-Richtlinien ist es, dass sie ausschließlich auf dem Paradigma der *randomisiert-kontrollierten Studie (RCT)* basieren (Lambert 2013), einem Paradigma, das als ungeeignet für Psychologie und Psychotherapie erscheint (s. u.).

Die Auswirkungen einer sich einseitig entwickelnden Psychotherapiewissenschaft, die *RCT*-Studien viel zu lange als alleinig anerkannten Forschungsansatz akzeptierten, erstrecken sich nicht nur auf die Medizin, Psychologie und Psychotherapie selbst – und, wie eingangs erwähnt, auf die zunehmende Spaltung zwischen Forschern und Praktikern, sondern ebenfalls auf die Ausbildung von zukünftigen Psychotherapeuten und die zukünftige psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung, aber nicht zuletzt auch auf die Theorieentwicklung. Die erheblichen Diskrepanzen zwischen *efficacy*-Forschung (quasi-experimentelle oder Laborstudien unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen) und der Art und Weise, wie Psychotherapeuten

gewöhnlich in ihrem Berufsalltag arbeiten (Borkovec u. Castonguay 2006), führen zu einer wirklichkeitsblinden Forschung und damit zu Ergebnissen, die für nichts zu gebrauchen sind – außer für akademische Karrieren.

Evidenzbasierte Psychotherapie: woher kommt sie und was will sie?

Die Psychotherapie unterliegt wie jede andere wissenschaftliche Disziplin gesellschaftlichen Strömungen und vorherrschenden Wissenschaftsparadigmen. Seit Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts veränderte sich die medizinische Landschaft in Nordamerika durch den Einfluss der *Managed Care*-Revolution, die ein verschärftes Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen medizinischen Fächern – mithin auch zwischen den psychologischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und anderen „mental health“-Fächern – bewirkte, insbesondere durch die Verknappung ökonomischer Ressourcen (Orlinsky et al. 2004). Die nordamerikanischen Verhältnisse sind für die internationale Forschung maßgebend und beeinflussen entsprechend Politik wie Forschung auch hierzulande.

Die so genannte dritte Seite, die die Rechnungen bezahlt („third party payers“, gemeint sind Versicherungen) forderte zunehmend stärker eine Haftungsfähigkeit für professionelles Handeln, nicht nur in den Psychofächern (Kihlstrom 2006). Das Ergebnis war (zumindest für die USA), dass sich zum einen die Forderungen der *Managed Care*-Industrie mit der Forschungs-Rhetorik verbündeten. Zum anderen war im Wettbewerb durch die kognitiv-behavioralen Therapien und die psychotropen Substanzen (Pharmaindustrie) Druck aufgebaut worden, was zu einer Beschleunigung der Entwicklung der Standards der *empirically-supported treatments (EST)* führte (Chambless u. Ollendick 2001; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures 1995). Im Ergebnis führte dies, allgemeiner ausgedrückt, zu einer Ausbreitung der so genannten evidenzbasierten Praxis (*EBP*) in der klinischen Psychologie (Kihlstrom 2006).

Norcross et al. (2006) führen die Ursprünge der evidenzbasierten Praxis beziehungsweise *empirically-supported treatments* in den Psychowissenschaften wesentlich auf die Initiativen der *Division 12* und dort auf die Sektion für Klinische Psychologie in der *American Psychological Association (APA)* zurück, die eine Liste von ‚empirisch unterstützten, manualisierten psychologischen Interventionen‘ für spezifische Störungen erarbeitete, die alle auf der Basis von randomisiert-kontrollierten Studien mit rigoroser Methodologie durchgeführt worden waren (Chambless u. Hollon 1998; Chambless et al. 1996; Task Force 1995).

Die auf *APA*-Initiative erstellte Liste mit *EST*-Interventionen spaltete die Psychotherapie-Landschaft auf in anerkannte und nicht anerkannte Techniken, Methoden und Verfahren. Diejenigen, die auf der Liste standen, wurden von Versicherungen oder öffentlichen Stellen bezahlt, ebenso von *Managed Care*-Organisationen, alles im Dienste einer Kostenkontrolle, indem die psychologische Gesundheitsversorgung eingeschränkt wurde. Dutzende von Organisationen stellten ihre eigenen Listen von im psychologischen Bereich anerkannten Techniken, Methoden und Verfahren auf,

zum Beispiel die *Cochrane Library*, die nur randomisiert-kontrollierte Studien führt (Norcross et al. 2006).

Die Kritik an der Politik der *Task Force* der *Division 12* der *APA* ist grundsätzlich. Sie umfasst mehrere zentrale Punkte. Das derzeitig vorherrschende *EST-Paradigma* ist nur vor dem Hintergrund einer ökonomisch interessierten *evidenzbasierten Medizin (EBM)* zu verstehen. Die *EST*-Bestrebungen spielen auf perfekte Weise in die Hände eines zunehmend ökonomisch motivierten Systems („plays nicely into the hands“, S. 131), das nicht primär an Patienten-Interessen orientiert sei (Henry 1998). Die Übernahme eines medizinischen Modells in die Psychotherapie bahnte den Weg für das *RCT-Paradigma*, das charakteristisch für das medizinische Modell ist (s. u.).

Eine weitere fundamentale Kritik betrifft die Politik der *Task Force*, da eine gewichtige Untergruppe in derselben behavioraler oder kognitiv-behavioraler Ausrichtung ist beziehungsweise war (vgl. Beutler 2000; Lambert 2013), die ein Interesse an der Ausbreitung von *RCT*-Forschung hatte, so dass die Entscheidungen der *Task Force* zugunsten eines *EST-Paradigmas* mit *RCT*-Ausrichtung ausfielen („... subjective impressions of committee members rather than on the evidence itself.“, Lambert 2013, S. 6). Wampold (2001) kritisiert, dass – obwohl behaviorale Therapeuten dies regelmäßig zurückwiesen – das medizinische Modell letztlich alle behavioralen Behandlungen umfasse. Eine zwangsläufig erforderliche Manualisierung der psychotherapeutischen Behandlung in *RCT*-Studien sei tief verbunden mit dem medizinischen Modell (Lambert 2013). Behaviorale oder kognitiv-behaviorale Behandlungen seien eindeutig leichter in die Form eines Manuals einzupassen als zum Beispiel humanistische oder psychodynamische Behandlungen.

Das medizinische Modell

Das *medizinische Modell* in der Psychotherapie wird von einer ganzen Reihe von Psychotherapieforschern als für die Psychotherapiewissenschaft vollständig ungeeignet und fehl am Platze angesehen. Es handele sich um ein *fehlleitendes Paradigma* (Henry 1998), da es – mit dem *RCT*-Prinzip analog zur pharmazeutischen Medikamentenforschung – menschliche Veränderung untersuche und experimentelle Manipulationen durchführe (Budd u. Hughes 2009). Die von der Psychotherapieforschung verlangten Forschungskriterien – aufgrund einer ökonomisierten Medizin (*EBM*) und der daraus resultierenden *EST*-Forschung – basieren auf einem medizinähnlichen Metamodell, das konzipiert worden ist (u. a. von der *APA*, d. Verf.), um den *Managed Care*-Markt zu bedienen (Bohart et al. 1998). Die Folge sei eine notwendige Manualisierung und Maßschneiderung von psychologischen Behandlungen auf „spezifische Störungen“. Beides passe nicht zu den basalen Auffassungen vom Menschen, weshalb die Autoren das Kürzel „EVT“ übersetzen mit „empirically violated treatments“. Psychotherapie als lebensverändernde Erfahrung könne man nicht in eine medizinale Behandlung zwingen, ohne die Essenz der Maßnahme zu verlieren (Wampold 2001). Wampold postuliert für die Psychotherapieforschung im Gegenentwurf ein „kontextabhängiges Modell“ (s. u.).

Duncan und Miller (2006) bezeichnen die Auswirkungen der APA-Politik als „faustischen Pakt“ mit dem medizinischen Modell, indem – unter dem Protest von vielen – jenes Modell die medizinische Diktion und das Konzept der „geistigen Störung“ eingeführt habe.

Das kontextuelle Modell

Wampold (2001) kritisiert das medizinische Modell dahingehend, dass die Forscher, die sich dem medizinischen Modell verschrieben, blind seien für die vielen nicht-spezifischen Einflüsse und Wirkfaktoren und diese rigoros ausschließen beziehungsweise als nicht existent betrachteten. Im Gegensatz dazu bezöge das *kontextuelle* beziehungsweise *kontextabhängige Modell* die nicht-spezifischen, konzeptunabhängigen Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses mit ein. Faktoren, die über alle Therapieverfahren hinweg gemeinsam seien wie zum Beispiel die therapeutische Arbeitsbeziehung, die Erfahrung oder Kompetenz von Therapeuten, das Ausmaß der psychischen Belastung bei Patienten und andere könnten nicht von den spezifischen Interventionen von Therapeuten isoliert werden (vgl. auch Tschuschke et al. 2014). Dies bedeutet in der logischen Konsequenz, dass die ganze Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses in den Blick genommen werden muss, da die einzelnen, am Prozess beteiligten Wirkfaktoren sich wechselseitig beeinflussen. Laborforschung mit ihrem linear-kausalen Ansatz kann den komplexen therapeutischen Prozess nicht erfassen (Schüßler 2009).

Probleme mit dem EST-Paradigma

Der Forschungszeitgeist verlangt inzwischen automatisch nach Studien, die dem Paradigma des *EST*-Prinzips folgen, da alle psychologischen und psychotherapeutischen Verfahren – insbesondere die, die sich bislang nicht solchen Studien unterzogen haben – sich genötigt sehen, eine vergleichbare Effektivität wie die behavioralen oder kognitiv-behavioralen Verfahren nachzuweisen (Budd u. Hughes 2009). Hier setzt eine weitere Kritik an, die eine Diskriminierung anderer Psychotherapieverfahren mit sich bringt, die größtenteils bewusst nicht auf das *RCT*-Prinzip rekurrierten, unter anderem weil weite Teile real Behandlung nachfragender Patienten aufgrund von polysymptomatischen Störungen von *RCT*-Studien ausgeschlossen würden, und dies zur Disqualifizierung dieser Verfahren als „nicht evidenzbasiert“ führe (Lambert 2013).

Der *EBM*-Ansatz mit dem resultierenden *EST*-Paradigma basiert auf den nachfolgend dargelegten basalen Prinzipien, deren Unangemessenheit für die Psychotherapie kurz und prägnant dargelegt werden soll.

Das Paradigma der *randomisiert-kontrollierten Studie (RCT)*

Dieses Forschungsparadigma stammt aus der pharmakologischen Forschung und ist das Kernstück des *medizinischen Modells*. Bis auf die aktive Ingredienz des Medikaments müssen alle anderen, als „Störvariablen“ angesehenen, Einflüsse „kontrolliert“ und damit ausgeschaltet werden, damit der günstige Effekt der Behandlung (hier Verabreichung des Medikaments) nachgewiesenermaßen auf das Verum, den aktiven Wirkstoff zurückzuführen wäre. Für die Psychotherapieforschung ergeben sich unmöglich zu erfüllende basale Forderungen, die Voraussetzungen für die Anwendung eines *RCT*-Paradigmas wären (Budd u. Hughes 2009).

Zunächst ist es evident, dass es *keine Doppelblindstudie* in der Psychotherapie geben kann, auch Placebo ist unmöglich, da es keine wirkliche Behandlung intendiert (Wampold 2001); im Gegensatz zu Bona-fide-Therapien, die intendieren, bestmöglich zu helfen und auf die Patient und Therapeut beide vertrauen. Damit wird bereits das erste wesentliche *RCT*-Prinzip entscheidend verletzt. Auch bei der Kontrolle unerwünschter Einflüsse durch „Störvariablen“ sieht es düster aus: *Kontrolle* ist im Prinzip gar *nicht möglich*. Wenn man einen Menschen, der 168 Stunden Lebenszeit in der Woche hat, für 166 Stunden in einen reizarmen Raum sperren würde (ohne Lichtveränderungen, ohne Medien, gleichbleibendes Klima, keine Informationen, keine Kontakte usw.) und nur zu zwei Stunden Therapiesitzungen wieder hinaus ließe, hätte man in der Tat eine kontrollierte Studie, und man könnte mit Berechtigung postulieren, dass eingetretene Veränderungen auf die Psychotherapie-Interventionen zurückzuführen wären und auf sonst nichts. Eine solche Versuchsanordnung aber ist niemals möglich. Stattdessen gibt es eine Unmenge an unkontrollierbaren Einflüssen auf den Patienten beziehungsweise Probanden: das womöglich pathologische Umfeld, die familiären, beruflichen und existenziellen Zwänge, aktuelle private Ereignisse, seine eigene Persönlichkeit, die des Therapeuten, die jeweils spezifische Beziehung, die sich zwischen Therapeut und Patient entfaltet, die Tagesstimmung und vieles mehr. Das *RCT*-Paradigma will alleine die Behandlung, das jeweils konkrete therapeutische Interventionskonzept (als vermeintliches Verum) auf seine Wirksamkeit testen und lässt alle anderen, am komplexen Prozess beteiligten Variablen (vgl. das *Generic Model of Psychotherapy* von Orlinsky et al. 2004) außer Betracht. Es gibt keine „kontrollierte Studie“ in der Psychotherapie, da Tausende von Reizen und Ereignissen Einfluss nehmen auf den in der Behandlung Befindlichen, die Bezeichnung „*RCT*“ ist hier also immer eine Mogelpackung, das Gegenteil des propagierten „Goldstandards“ in der Psychotherapie.

Das *RCT*-Paradigma unterstellt zwangsläufig eine *Homogenität bei Therapeuten*, die es trotz sorgsamst durchgeführter Trainings und Kontrollen niemals geben wird, darüber hinaus postuliert es eine *Homogenität bei Patienten*, die ebenfalls unrealistisch ist. Jede Therapie wird vom selben Therapeuten – selbst manualisiert – nicht auf die gleiche Weise mit einem anderen Patienten durchgeführt werden können (Greenberg u. Watson 2006; Stiles 2006). Selbst Psychotherapeuten innerhalb desselben Konzepts zeigen durchaus mehr Variabilität als Therapeuten unterschiedlicher schulischer Ansätze (Baldwin u. Imel 2013).

Psychologische oder psychotherapeutische Forschung mittels *RCTs* verletzen drei weitere Grundvoraussetzungen des *RCT*-Paradigmas: (a) Patienten werden behandelt, als hätten sie nur ein (Haupt)Problem (Homogenitätsbedingung), (b) psychologische Probleme könnten getrennt von Persönlichkeits-Dispositionen verstanden und behandelt werden und (c) die Elemente effektiver Behandlungen seien voneinander trennbar und damit Gegenstand manipulativer Beeinflussungen (Budd u. Hughes 2009).

Die Komorbidität psychischer Störungen, einschließlich subsyndromaler Syndrome, ist die Regel in der realen psychotherapeutischen Praxis (Westen 2006). Um die Bedingung einer *RCT*-Studie zu erfüllen, müssen in erheblichem Umfang Patienten aus den Studien ausgeschlossen werden, da sie keine „reine“ Störung nach *DSM*- oder *ICD*-Glossaren aufweisen. Selbst in *CBT*-Therapie-Studien resultieren zum Teil hohe Ausschlussraten von über zwei Dritteln der in Frage kommenden Patienten (Messer 2004).

Diese verbleibende, extrem eingeschränkte Gruppe an Patienten in *RCT*-Studien verletzt die Generalisierbarkeit von Studienergebnissen (Budd u. Hughes 2009), da sich diese nicht auf den größten Teil der Patienten übertragen lassen (Freyberger 2000; Borkovec u. Castonguay 2006).

Keine Kontrolle und höchst selektierte Stichproben bedeuten eine maximale Verletzung der internen Validität experimenteller Forschung. Die Übertragung von Ergebnissen aus *RCT*-Studien auf die allgemeine Praxis ist also nicht zulässig.

Manualisierung

Eine *RCT*-Studie verlangt eine gleichbleibende, dem Konzept entsprechende Behandlung, weil ja das Behandlungskonzept in seiner Wirkung an sich beurteilt werden soll und nichts anderes (das Verum muss gleich bleiben). Das heißt, die Interventionstechniken bei einer gegebenen, sehr „spezifischen Störung“ (s. o.) müssen genau den Konzeptvorstellungen folgen und werden deshalb ‚manualisiert‘ vorgegeben. Der Therapeut soll einem planmäßigen, auf die Störung zugeschnittenen Behandlungskonzept genau folgen. Gleichförmige Behandlungen sind aber nicht möglich und nicht sinnvoll (Greenberg u. Watson 2006). *Manuale* in der Psychotherapie sind umstritten (Henry 1998; Addis u. Cardemil 2006; Duncan u. Miller 2006). Die Sorge, eine manualisierte Therapie reduziere den Therapeuten zu einem Automaten, ignoriere die Komplexität und Idiosynkrasie eines jeden Patienten und missachte die Reziprozität der therapeutischen Beziehung (Henry 1998), ist nicht von der Hand zu weisen, wenngleich es immer wieder Stimmen – sogar von verhaltenstherapeutischer Seite – gibt, die zunehmend mehr einer flexiblen Manualhandhabung das Wort reden (z. B. Fiedler 2001). „Painting by numbers“ sei noch keine Kunst (Henry 1998) und eine chirurgische Operation nach Manual funktioniere auch nicht. Außerdem: Manualisierte Therapien sind nicht besser als Bonafide-Therapien (Duncan u. Miller 2006), im Gegenteil wurde in einer Studie, die individuelle therapeutische mit manualisierten therapeutischen Interventionen verglich, eine leichte Unterlegenheit der manualisierten Therapeutenaktivität festgestellt (Emmelkamp et al. 1994).

Diagnostische Glossare

Eine weitere Notwendigkeit, die das *RCT*-Paradigma fordert, ist der Einsatz von diagnostischen Taxonomien. Nun enthalten aber *DSM* wie auch *ICD* *kategoriale Diagnosen*, die im Wesentlichen auf Experten-Meinungen beruhen und eine sehr eingeschränkte empirische Evidenz haben und schwammig („fuzzy“) seien (Budd u. Hughes 2009): viele überlappende Symptome bei unterschiedlichen Diagnosen, mangelnde Trennschärfen. Wir konzentrierten uns inzwischen auf so genannte „Störungsbilder“, die es so gar nicht gebe, wodurch andere psychische Problematiken in den Hintergrund gerieten (Goldfried 2000). Eine Entwicklung weg von der komplexen Sichtweise psychisch leidender Menschen hin zu „disorders“: „... wir haben aufgehört, Menschen zu behandeln. Wir behandeln jetzt Symptome ...“ (Blatt 1995, S. 73; Übers. v. d. Verf.; Schüßler 2009).

Aufgrund einer Konzentration auf „disorders“ werde zur Behandlungstechnik hingeführt, nicht mehr der Therapeut sei relevant, sondern quasi die von ihm *losgelöste Technik* (Henry 1998). Lambert (2013) betont, dass die Entwicklungen des *DSM* wie auch die der *Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT)* gemeinsam zu einer immer weiteren Orientierung auf „spezifische Störungen“ beitragen, mit der Konsequenz, dass nur mehr gefragt werde: „welche Therapie ist am effektivsten bei bestimmten Klassifikationen?“

Metaanalysen

Metaanalysen, die sich ausschließlich auf *RCT*-Psychotherapiestudien stützen, können per se *nicht valide* sein, weil bereits elementare *RCT*-Regeln verletzt werden (s. o.). Bereits die Nichtkontrolle des tatsächlichen therapeutischen Prozesses, nämlich, ob der Therapeut überhaupt sein Konzept angemessen in der Behandlung realisiert hat (adherence, treatment fidelity) (Borelli et al. 2005; Perepletchikova 2009; Perepletchikova et al. 2010; Baldwin u. Imel 2013), was bei über 90 % der *RCT*-Studien der Fall ist (Perepletchikova et al. 2009), führt die Schlüsse von Metaanalysen ad absurdum. Hinzu kommt noch, dass dem Therapiekonzept selbst mittlerweile keine so große Bedeutung mehr eingeräumt werden kann, weil maximal zwischen 1 % und 15 % der Outcome-Varianz dem Behandlungskonzept selbst zugeschrieben werden (Wampold 2001; Wampold et al. 1997; Baldwin u. Imel 2013).

Merkwürdig sind Metaanalysen, die über vergleichbare Publikationszeiträume zu ganz unterschiedlichen Schlüssen gelangen: sie stellen *unterschiedliche Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien* für Studien auf und sie vernachlässigen außerdem das große *Problem der „allegiance“* (Bias aufgrund von Zugehörigkeit eines Forschers zu einer bestimmten ideologischen Ausrichtung; Studienergebnisse korrelieren in extrem hohem Ausmaß mit der theoretischen Orientierung des Hauptuntersuchers) (Luborsky et al. 1975; Tschuschke et al. 1998; Wampold 2001; Budd u. Hughes 2009), ein bekanntes Problem in der Therapieforschung, wodurch weite Teile der Studien kontaminiert sind.

Aber selbst wenn man die genannten Schwächen der meisten Metaanalysen außer Acht lässt, ergibt sich bereits vor den 90er Jahren in sämtlichen Metaanalysen unentwegt der Nachweis, dass es minimale, eher sogar keine Differenzen zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen gibt (Wampold 2001). Die wesentlichen Metaanalysen – ältere wie neuere – berichten in überwiegendem Ausmaß von vergleichbar effektiven Behandlungskonzepten in der Psychotherapie (Luborsky et al. 1975; Sloane et al. 1975; Smith et al. 1980; Wampold 2001), wie dies auch neuere Meta-Metaanalysen bestätigen (Wampold 2006; Lambert 2013).

Eine der größten Metaanalysen, die 277 Studien umfasste (Wampold et al. 1997), die zwischen 1970 und 1995 durchgeführt wurde, bestätigte ebenso, dass es keinen Wirksamkeitsunterschied zwischen verschiedenen Verfahren gibt wie die große „Welt-Studie“ (Brown et al. 1999), die 2.000 Therapeuten und mehr als 20.000 Patienten einschloss, die mit 13 verschiedenen Verfahren behandelt worden waren.

Der „Dodo Bird“ ist höchst lebendig

Die *Dodo Bird-Hypothese* der Psychotherapieforschung wurde erstmals von Rosenzweig (1936) im Untertitel seiner Publikation zur uniformen Wirkung verschiedener psychotherapeutischer Verfahren verwendet (auch als *Äquivalenzparadox* bezeichnet). Die Figur des „Dodo Bird“ wurde dem Märchen *Alice im Wunderland* von Lewis Carroll entlehnt, in dem der Vogel Dodo als Schiedsrichter ein Wettrennen der Tiere mit dem salomonischen Urteil entscheidet, dass alle gewonnen und einen Preis verdient hätten.

Seitdem zieht sich der Streit durch die Psychotherapieforschung, ob es nicht doch einige Therapieverfahren gebe, die anderen überlegen seien. Dies gilt insbesondere für die Vertreter bestimmter psychotherapeutischer Verfahren (eben ihres eigenen Verfahrens), die die Auffassung vertreten, dass die Ingredienzen bestimmter Verfahren die essenzielle Wirkung von Psychotherapie ausmachen, die sogenannten *spezifischen Wirkfaktoren*. In aller Regel sind dies die Vertreter des medizinischen Modells (*EST-Ansatz*) mit dem zugrunde liegenden *RCT*-Paradigma, weshalb sie auch der heute noch bestehenden Gültigkeit des Dodo Bird-Urteils widersprechen (Strauß 2001; Beutler 2002; DeRubeis et al. 2005).

Die Gegenposition vertreten die Forscher, die das kontextuelle Modell vertreten und der Auffassung sind, dass die den verschiedenen Verfahren gemeinsamen, *nicht-spezifischen* Faktoren die Hauptwirkung von Psychotherapie ausmachen (Wampold 2001, 2006; Budd u. Hughes 2009; Lambert 2013). Letztere führen die großen und neueren Metaanalysen (s. voriger Abschnitt) ins Feld, denen zufolge mit eindrucksvollen Zahlen konstant nachgewiesen wird, dass sich die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren in ihren Wirkeffekten im Großen und Ganzen nicht unterscheiden, weshalb der Dodo Bird in der Psychotherapieforschung keineswegs als ausgestorben, sondern als höchst lebendig angesehen wird. Sogenannte *Bona-fide-Therapien* – also solche, die nicht mit *RCT*-Studien überprüft wurden, sondern zum Beispiel in kontrollierten klinischen und naturalistischen Studien untersucht wurden – werden nach dem aktuellen

Stand der wissenschaftlichen Debatte als den *RCT*-Studien nicht unterlegen beurteilt. Wie Wampold (2001) ausführt, war die Effektstärke im Vergleich zwischen kognitiven Therapieverfahren und Bona-fide-Therapien Null, in Übereinstimmung mit dem Dodo Bird-Urteil.

„The Dodo bird conjecture has survived many tests and must be considered ‚true‘ until such time as sufficient evidence for its rejection are produced.

The lack of differences among a variety of treatments casts doubt on the hypothesis that specific ingredients are responsible for the benefits of psychotherapy. One would expect that if specific ingredients were indeed remedial, then some of these ingredients would be relatively more beneficial than others. Uniform efficacy of treatments represents the first evidence that the medical model cannot explain the empirical findings in psychotherapy research“ (Wampold 2001, S. 118).

Die sich in den Metaanalysen spiegelnden Ergebnisse der Psychotherapieforschung belegen das Äquivalenzparadox und damit die Lebendigkeit des Dodo Bird-Urteils.

Diskussion

Der Zeitgeist verlangt heute psychotherapeutischen Praktikern ab, ihre Aktivitäten auf *evidenzbasierte* Grundlagen zu stellen. Dass das Prinzip „Evidenz“ vor „Eminenz“ gehen muss (also empirische Begründung vor großartigen theoretischen Entwürfen ohne Nachweis), versteht sich von selbst. Wir wollen damit grundsätzlich und unmissverständlich deutlich machen, dass wir die Notwendigkeit einer empirisch begründeten Handlungsweise von medizinischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Interventionen fordern, so gesehen, das Grundanliegen einer Evidenzbasierung nachhaltig unterstützen. Was man allerdings heutzutage unter Evidenzbasierung in Psychologie und Psychotherapie versteht, ist kritisch zu sehen. Wie Evidenzbasierung in der Psychotherapie heute betrieben wird, ist nach unserer Auffassung eine Verzerrung dessen, was psychologische und psychotherapeutische Interventionen tatsächlich leisten und wie sie wirklich wirken.

Die derzeitige Psychotherapiewissenschaft befindet sich auf einem Irrweg. Das, was heute als internationaler Standard gilt und unter *EST*-Forschung verstanden wird, produziert zum größten Teil zu hinterfragende Ergebnisse. Der gegenwärtige *EST*-Ansatz stützt sich auf das *medizinische Modell* und damit auf das *RCT*-Paradigma. Die Grundbedingungen der *RCT*-Forschung werden in der Psychotherapie jedoch verletzt, so dass die Ergebnisse solcher Studien nur begrenzt oder nicht valide sein können. Mögliche störende Einflüsse auf psychotherapeutische Behandlungen sind kaum kontrollierbar, und die Manualisierung erfüllt nicht die in sie gesetzten Hoffnungen, da unter anderem eine erhebliche Therapeutenvariabilität verbleibt. Eine Forschung, die die Persönlichkeit des Patienten wie die des Therapeuten grundsätzlich als irrelevant erachtet und nicht untersucht, betrachtet Psychotherapie als ein „Produkt“ (Duncan u. Miller 2006).

Und nicht zuletzt spielen das Behandlungskonzept – für das das ganze methodische Arrangement des *RCT* vorgenommen wird – und die konzeptgebunden einge-

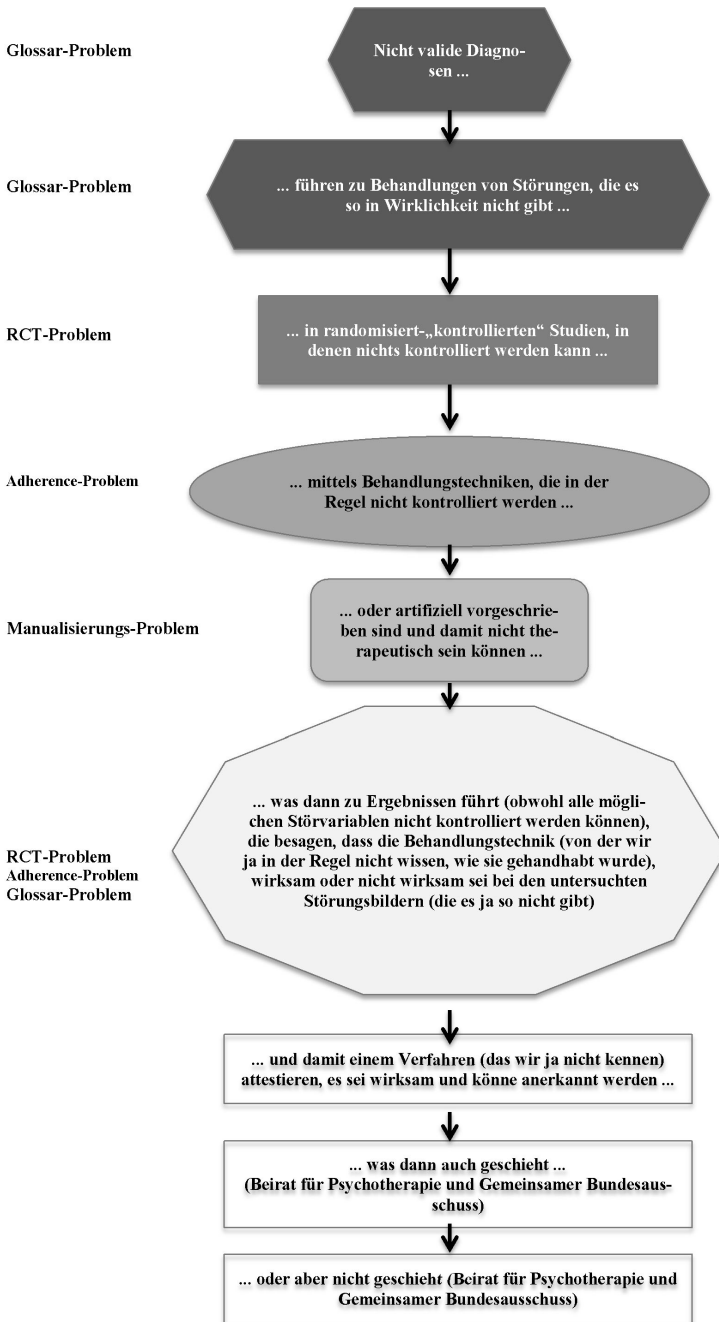


Abbildung 1: Abfolge und Folgen einer absurden Psychotherapieforschung

setzten Techniken die geringste Rolle im psychotherapeutischen Veränderungsprozess (Wampold 2001; Webb et al. 2010).

Zugespitzt kann die Logik der derzeitigen *EST*-Forschung wie folgt karikiert werden (Abbildung 1).

Was so sehr erstaunen lässt, ist, dass gestandene Psychotherapieforscher, die sich einer wissenschaftlich-empirischen Ethik verpflichtet fühlen, und es auf jeden Fall besser wissen müssten, die Augen vor so vielen Fehlern und Regelverletzungen verschließen.

Leichsenring (2004) sieht zwischen dem medizinischen Modell mit seinem *RCT*-Paradigma und naturalistischen Studien in der Psychotherapie kein Konkurrenzverhältnis. Dem muss deutlich widersprochen werden. Wie sonst könnte man sich erklären, dass in Großbritannien und auch hierzulande keine – oder kaum eine – forschungsbezogene Förderung mehr ohne *EST*-Prinzipien stattfindet? Ganz Ähnliches gilt für den deutschen Bereich, auch hier ist es sehr schwierig, ohne *RCT*-Design eine Forschungsförderung zu erhalten beziehungsweise Manuskripte über naturalistische Forschung von namhaften Fachzeitschriften akzeptiert zu bekommen. Es wird Macht ausgeübt – aus ökonomischen und ideologischen Gründen. Das ist nicht wissenschaftlich.

In den USA beginnt allmählich ein Umdenken in der Psychotherapieforschung (Norcross et al. 2006). Naturalistische und Prozessforschung werden zusehends als unverzichtbar angesehen.

Welche Alternativen gibt es?

RCT-Forschung kann nicht der einzige Ansatz in der empirischen Psychotherapieforschung sein. Wir benötigen eine – zugegeben – sehr personal- und zeitaufwendige Prozess-Ergebnisforschung in der Psychotherapie (Crits-Christoph et al. 2013; Hill u. Knox 2013). Es sind nicht nur das Behandlungskonzept und die daraus abgeleitete Technik, sondern noch viele andere Faktoren, die den psychotherapeutischen Prozess maßgeblich beeinflussen (Jensen et al. 2005; Tschuschke et al. 2014). Es gibt effektivere und weniger effektive Psychotherapeuten (Hill u. Knox 2013; Berglar et al. 2014), und das hat eher weniger mit ihrem Behandlungskonzept zu tun. Als ein zentraler Faktor wird heute die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung nicht mehr angezweifelt (Muran u. Barber 2010). Auch wird anderen therapeutischen Wirkfaktoren, so genannten unspezifischen beziehungsweise allgemeinen Wirkfaktoren, eine wesentlich größere Bedeutung im therapeutischen Veränderungsprozess zugestanden als dem so genannten spezifischen Wirkfaktor, der konzeptabgeleiteten Therapeutentechnik (Castonguay et al. 1996; Orlinsky et al. 2004; DeRubeis et al. 2005; Duncan et al. 2010), zum Beispiel den Patientenmerkmalen (Bohart u. Greaves-Wade 2013) oder der Therapeuten-Persönlichkeit (Baldwin u. Imel 2013; Hill u. Knox 2013; Berlar et al. 2015).

Wir müssen unsere Perspektive eines hochkomplexen, eines noch komplexeren Forschungsgegenstandes als mit dem die meisten anderen medizinischen Fächer konfrontiert sind, offensiver vertreten. Und dass das medizinische Modell für die klinische Psychologie und Psychotherapie „unterkomplex“ ist (Henningsen u. Rudolf 2000) und sich aus dieser Erkenntnis die Begründung ergibt, hoch auflösende

Prozess-Ergebnisforschung zu betreiben. Dass professionelle Psychotherapie wirkt, steht inzwischen völlig außer Frage. Die kritisierte *RCT*-Forschung kann nicht dazu beitragen, zu verstehen, wie die psychotherapeutische Wirkung im Kern bei welchem Patienten und warum wann zustande kommt. Auch das *Dodo Bird-Verdict* spielt insofern keine Rolle mehr, als die Metaanalysen und Meta-Metaanalysen zwar einen Gleichstand unterschiedlicher Therapieverfahren bescheinigen, schuldifferenzielle Effekte keine Rolle spielen, sondern das Ineinandergreifen vieler so genannter unspezifischer, allgemeiner Wirkfaktoren, die nichtsdestotrotz einer konzeptuellen Orientierung und Identifizierung des Therapeuten bedürfen (Jensen et al. 2005; Köhler u. Tschuschke 2013).

Was bei wem wann, wie und warum nachhaltig günstige Veränderungen bewirkt, ist über viele Patienten-Therapeuten-Paare mit aufwendigen Prozessstudien zu untersuchen, um zu Gesetzmäßigkeiten zu gelangen, die für bestimmte Patienten- und Behandler-Merkmale entscheidend sind, und die die Psychotherapiewissenschaft wissenschaftlich empirisch substantzieren und voranbringen würden.

Die Psychotherapieforschung benötigt nicht mehr desgleichen: Die Wirksamkeit von professioneller Psychotherapie mit „echten“ Patienten ist in zahllosen Studien nachgewiesen, dazu haben *RCT*-Studien einmal Entscheidendes geleistet. Was sie nicht leisten können, und dort stehen wir heute, ist nachzuweisen, ob und inwieweit – oder welche Form davon – Psychotherapie spezifisch ist und falls so, welche spezifischen Prozesse die therapeutische Veränderung bewirken (Greenberg u. Watson 2006; Schüßler 2009).

Die klinische Praxis benötigt eine Forschung, die für eben diese Praxis Fragen beantwortet und nicht Laborstudien, die keinerlei Bezug zur Wirklichkeit alltäglicher psychologisch-psychotherapeutischer Versorgung haben, die weder interne noch externe Validität haben. Eine naturalistische (effectiveness) Forschung, die das kontextuelle Modell im Sinne Wampolds anstatt eines völlig ungeeigneten medizinischen Modells berücksichtigen würde, wäre in der Lage, die Psychotherapie als professionelles Anwendungsgebiet wie als Wissenschaft, damit gleichzeitig die theoretische Weiterentwicklung voranzutreiben und nicht methoden-technisch fixierte „Roboter-Therapeuten“ auszubilden aufgrund falscher Ergebnisse einer falschen Forschungsideologie.

Literatur

- Addis, M. E., Cardemil, E. V. (2006): Dialogue: Convergence and contention. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions, S. 149–151. Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldwin, S. A., Imel, Z. E. (2013): Therapist effects. In: Lambert, M. J. (Hg.): Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, S. 258–297. 6. Auflage. New York: Wiley.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., Connolly Gibbons, M. B. (2006): The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance

- in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychother Res* 16, 229–240.
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R., Sharpless, B. A. (2010): The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In: Muran, J. C., Barber, J. P. (Hg.): *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice*, S. 29–43. New York: Guilford.
- Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., Koemedda-Lutz, M., Köhler, M., Staczan, P., Schulthess, P., Tschuschke, V. (2014): Effectiveness of psychotherapists in 10 types of psychotherapy. A naturalistic process-outcome study. *J Clin Psychol* (zum Druck angenommen)
- Beutler, L. E. (2000): David and Goliath: When empirical and clinical standards meet. *Am Psychol* 55, 997–1007.
- Beutler, L. E. (2002): The dodo bird is extinct. *Clin Psychol Sci Pract* 9, 30–34.
- Blatt, S. (1995): Why the gap between psychotherapy research and clinical practice: A response to Barry Wolfe. *J Psychother Int* 5, 73–76.
- Bohart, A. C., O'Hara, M., Leitner, L. M. (1998): Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychother Res* 8, 141–157.
- Bohart, A. C., Greaves-Wade, A. (2013): The client in psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, S. 219–257. 6. Auflage. New York: Wiley.
- Borelli, B., Sepinwall, D., Ernst, D., Bellg, A. J., Czajkowski, S., Breger, R., Orwig, D. (2005): A new tool to assess treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *J Cons Clin Psychol* 73, 852–860.
- Borkovec, T. D., Castonguay, L. G. (2006): Effectiveness research. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 89–96. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, J., Dreis, S., Nace, D. K. (1999): What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed-care want to know? In: Hubble, M. A., Duncan, B. I., Miller, S. D. (Hg.): *The heart and soul of change: What works in therapy?*, S. 389–406. Washington, DC: American Psychological Association.
- Budd, R., Hughes, I. (2009): The Dodo Bird verdict-controversial. Inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother* 16, 510–522.
- Castonguay, L. G., Goldfried, L. G., Wiser, S., Raue, P. J., Hayes, A. M. (1996): Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *J Cons Clin Psychol* 64, 497–504.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P. (1996): An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 49, 5–14.
- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998): Defining empirically supported therapies. *J Cons Clin Psychol* 64, 497–504.
- Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 52, 685–716.
- Crits-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B., Mukherjee, D. (2013): Psychotherapy process-outcome research. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 298–340. 6. Auflage. New York: Wiley.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., Gibbons, C. J. (2005): Conceptual and methodological analysis of the nonspecific argument. *Clinical Psychology: Sci Pract* 12, 174–183.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. (2006): Treatment manuals do not improve outcome. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 140–149. Washington, DC: American Psychological Association.

- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., Hubble, M. A. (Hg.) (2010): *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, S. 140–149. 2. Auflage. Washington, DC: American Psychological Association.
- Emmelkamp, P. M., Bouman, T. K., Blauw, E. (1994): Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1, 95–100.
- Fiedler, P. (2001): „Störungsspezifisch“ versus „Allgemein“? Wie Mythen und Vorurteile über die Psychotherapieschulen eine sinnvolle Integration verhindern. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 406–412.
- Freyberger, H. J. (2000): Zur Bedeutung störungsspezifischer vs. allgemeiner Therapieansätze aus der Sicht der Psychiatrie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 413–417.
- Goldfried, M. R. (2000): Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychother Res* 10, 1–16.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C. (2006): Change process research. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 81–89. Washington, DC: American Psychological Association.
- Henningsen, P., Rudolf, G. (2000): Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 366–375.
- Henry, W. P. (1998): Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychother Res* 8, 126–140.
- Hill, C. E., Knox, S. (2013): Training and supervision in psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 775–811. 6. Auflage. New York: Wiley.
- Jensen, P. S., Weersing, R., Hoagwood, K. E., Goldman, E. (2005): What is the evidence for evidence-based treatments? A hard look at our soft underbelly. *Ment Health Serv Res* 7, 53–74.
- Kihlstrom, J. F. (2006): Scientific research. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 23–31. Washington, DC: American Psychological Association.
- Köhler, M., Tschuschke, V. (2013): Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? Zur technischen Interventionspezifität (treatment adherence) in der Psychotherapie. *Psychodyn Psychother* 12, 138–147.
- Lambert, M. J. (2013): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin und Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 169–218. 6. Auflage. New York: Wiley.
- Leichenring, F. (2004): „Empirically supported treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter versus naturalistischer Studien. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 52, 209–222.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Arch Gen Psychiat* 32, 995–1008.
- Maio, G. (2013): Wider die ökonomisierte Medizin. *Forschung & Lehre* 20, 261.
- Messer, S. B. (2004): Evidence-based practice: Beyond empirically supported treatments. *Prof Psychol Res Pract* 35, 580–588.
- Muran, J. C., Barber, J. P. (2010): *The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice*, S. 139–193. New York: Guilford.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (2006): Prologue. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 3–12. Washington, DC: American Psychological Association.

- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, S. 307–389. 5. Auflage. New York: Wiley.
- Pereplechikova, F. (2009): Treatment integrity and differential treatment effects: Commentary. *Clin Psychol Sci Pract* 16, 379–382.
- Pereplechikova, F., Chereji, E., Hilt, L. M., Kazdin, A. E. (2010): Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *J Cons Clin Psychol* 77, 210–218.
- Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: „At last the Dodo said, „Everybody has won and all must have prizes.““ *Am J Orthopsychiat* 6, 412–415.
- Schüßler, G. (2009): Everybody has won the prize? Oder die Blinden und der Elefant: Was wirkt in der Psychotherapie? *Psychiatr Psychother* 4, 152–160.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., Whipple, K. (1975): *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B. (2006): Dialogue: Convergence and contention. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 105–107. Washington, DC: American Psychological Association.
- Strauß, B. (2001): Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 425–429.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995): Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clin Psychol* 48, 3–23.
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Kächele, H. (1998): *Psychotherapieforschung – wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994)*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48, 430–444.
- Tschuschke, V., Cramer, M., Köhler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Cramer, A., von Wyl, A., Schulthess, P., Koemeda-Lutz, M. (2014): The role of therapists' treatment adherence and the therapeutic alliance: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapeutic approaches. *Psychother Res*, doi: 10.1080/10503307.2014.896055
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H. (1997): A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „All must have prizes.“ *Psychol Bull* 122, 203–215.
- Wampold, B. E. (2001): *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006): Do therapies designated as empirically supported treatments produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies? In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.): *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, S. 299–308. Washington, DC: American Psychological Association.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Barber, J. P. (2010): Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *J Cons Clin Psychol* 78, 200–211.
- Westen, D. I. (2006): Transporting laboratory-validated treatments to the community will not necessarily produce better outcomes. In: Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Hg.):

Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions, S. 383–393. Washington, DC: American Psychological Association.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. rer. biol. hum. habil. Volker Tschuschke, Dipl.-Psych., Studiengang Psychotherapiewissenschaft, Sigmund Freud-Privatuniversität Berlin, Columbiadamm 10, 12101 Berlin, E-Mail: volker.tschuschke@sfu-berlin.de