

C. Mundt · M. Backenstraß
Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg

Perspektiven der Psychotherapieforschung

Zusammenfassung

Ausgehend von der aktuellen Diskussion um eine evidence-based psychotherapy werden Perspektiven für die Psychotherapieforschung entwickelt. Den Ausgangspunkt stellen dabei randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudien dar, deren Bedeutung für die Anerkennung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren allgemein und der Psychotherapieforschung im Besonderen anerkannt, aber zugleich kritisch reflektiert wird. Es wird argumentiert, dass zukünftige Psychotherapieforschung, jenseits von randomisierten kontrollierten Studien, zur Evaluation ganzer Versorgungssysteme mit dem Schwerpunkt Psychotherapie beitragen müsse. Als Fazit der Kontroverse um eine störungsspezifische vs. allgemeine Psychotherapie wird für zukünftige Forschung die Aufgabe gesehen, eine verbesserte psychopathologische Funktionsdiagnostik zu entwickeln, die sich spezifisch auf psychotherapeutische Interventionsformen bezieht. Weitere Innovationen sind aus dem Bereich der Neurowissenschaften zu erwarten. Einige neuropsychologische Forschungsparadigmen werden im Hinblick auf ihr Potenzial für Psychotherapieforschung dargestellt. Schließlich wird auf die weiterbestehende Bedeutung hermeneutischer Psychotherapie- und Forschungsansätze hingewiesen. Am Beispiel der Cochrane-Philosophie wird aufgezeigt, dass bei dem Versuch eines systematischen Wissenstransfers aus der Forschung in die Praxis, wie es Ziel einer evidence-based psychotherapy ist, mit sachlichen und psychologischen Hindernissen zu rechnen ist.

Schlüsselwörter

Evidence-based psychotherapy · Psychotherapieforschung · Neurowissenschaften · Gesundheitssystemforschung · Hermeneutik

Vorbemerkungen

Auf dem Psychotherapiekongress der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung in Barcelona, 1999, hat John Clarkin in einem Vortrag über „Psychotherapy Research – The Current Scene“ ausgeführt, dass im NIMH (National Institute for Mental Health) die Überlegungen für zukünftige Forschungsstrategien zentriert sind auf

1. die Ergänzung der Wirksamkeitsforschung durch Anwendungsforschung und
2. die Verbesserung der randomisierten kontrollierten Studien durch eine die DSM-Klassifikation [2] an Differenziertheit übersteigende Charakterisierung der Patienten für spezifischere Therapieformen.

Die Philosophie des NIMH entspricht einer evidence-based psychotherapy. Die Ziele dieser Philosophie, nämlich eine rationale, über die Schulen und Disziplinen hinweg nachvollziehbare und replizierbare Bewertung des Nutzens von Psychotherapien zu erreichen, wird im Prinzip von niemandem in Frage gestellt. Nicht nur das NIMH hat seine Förderpolitik darauf abgestellt [42], auch der II. Psychotherapiekongress der DGPPN in Freiburg, 1998, hatte evidence-based psychotherapy als Rahmenthema gewählt und durch einen Austausch mit den führenden Psychotherapieforschern in den USA inhaltlich gefüllt. Darüber hinaus ist der neugegründete wissenschaftliche Beirat zum Psychotherapeutengesetz diesem Ziel eines rationalen, über die Schulen hinweg nachvollziehbaren und replizierbaren

Bewertungsprozesses von Psychotherapien gewidmet.

Im Folgenden sollen anhand einer kritischen Auseinandersetzung mit den Hindernissen, die einer Erfüllung der Ziele der evidence-based psychotherapy entgegenstehen, die aktuellen Perspektiven der Psychotherapieforschung entwickelt werden.

Vorerfahrungen mit der evidence-based medicine

Die Cochrane-Philosophie

Die Idee der evidence-based psychotherapy im Sinne eines systematischen Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxisanwendung ist zwar relativ neu [4]; es gibt aber Vorerfahrungen aus der inneren Medizin, in der sich evidence-based medicine seit etwa 10 Jahren systematisch entwickelt hat [12]. Ein Ergebnis des Versuches, evidence-based medicine in die Praxis zu übertragen, ist die Gründung der Cochrane-Collaboration, die Hilfen für einen solchen Transfer anbietet [8, 50]. Sie wird vom NIMH für den Psychotherapiewissenstransfer intensiv beigezogen. Dazu gehören Seminare mit systematischer Weiterbildung, problemorientiertem Lernen und einer Schulung, Originalpublikationen von Studiene-

Der Artikel basiert auf einem vom Erstautor auf dem III. Psychotherapiekongress der DGPPN in Tübingen gehaltenen Vortrag.

Prof. Dr. Christoph Mundt
Psychiatrischer Klinik der Universität Heidelberg, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg,
E-Mail: Christoph_Mundt@med.uni-heidelberg.de

Perspectives of psychotherapy research

Summary

The point of departure for this discussion is a critical review of the philosophy of randomized controlled trials (RCT) and their specific errors when applied to psychotherapeutic methods. There is a gap between the highly artificial settings of psychotherapy RCT and naturalistic psychotherapy procedures, which are grounded more in personality than in technique, less regulated, and mostly eclectic. Although RCT are necessary for general assessments of efficacy, they should be complemented by efficiency studies and evaluation of whole health care systems which include psychotherapy. We argue against overstressing the analogy of good clinical practice (GCP) research for the purpose of admitting new psychotropic drugs to psychotherapy research. A rational approach to psychotherapy for indication, quality assessment, and allocation of resources needs research which is methodologically explicable, replicable, and relevant to practice. The Cochrane Collaboration is a means of distributing such knowledge and making it work for practitioners. However, Cochrane also sheds light on psychological and practical obstacles which must be overcome before public health care systems can utilize new scientific results. The discussion of disorder-specific psychotherapy versus general psychotherapy ends by emphasizing the importance of more detailed psychopathology and psychopathology of dysfunctions that cannot be sufficiently explained in manuals. Such dysfunctions – not necessarily specific for diagnoses or abnormality at all – can then be matched to specific psychotherapy tools. Further innovations can be expected from neurosciences, and some of the most promising paradigms are discussed. Finally, the lasting importance of hermeneutics is stressed not only with regard to the generation of new hypotheses but also to guiding the psychotherapeutic process.

Keywords

Evidence-based psychotherapy · Psychotherapy research · Neurosciences · Service evaluation · Hermeneutic

Übersicht

gebnissen kritisch auszuwerten. Darüber hinaus hat die Cochrane Collaboration ein weltweites Netzwerk von Zentren organisiert, die hochrangige Reviews und Metaanalysen von Therapiestudien erstellen und verbreiten [45]. Auch deutsche Kollegen sind über das Internet an dieser Organisation beteiligt.

Darüber hinaus haben sich in Deutschland 2 Aktivitäten entwickelt, die der Cochrane-Philosophie recht genau entsprechen, nämlich die Qualitätszirkel, in denen niedergelassene Praktiker und Kliniker zusammenwirken, um Forschungsergebnisse in die Praxis zu tragen, aber auch um praxisrelevante Forschungsfragen in die Forschergruppen hineinzubringen sowie die Kompetenznetzwerk-Forschungsförderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). In den bislang entwickelten Kompetenznetzwerk-Strukturen mit den Forschungsschwerpunkten Depression und Suizidalität sowie Schizophrenie liegt ein Schwergewicht auf der Verknüpfung zwischen Forschungszentren und Praxen.

Bisher mangelt es an Akzeptanz

Welche erheblichen z. T. psychologische, z. T. sachliche Hindernisse dieser Transferarbeit entgegenstehen, zeigt eine Umfrage von McAlister et al. [33], die eine Befragung an 520 Mitgliedern der kanadischen Gesellschaft für innere Medizin durchgeführt haben über ihre Erfahrungen mit und ihre Einstellung zur evidence-based medicine. Obwohl die Autoren die Ergebnisse ihrer Studie dahingehend interpretieren, dass ein Mangel an Kenntnis und Vertrautheit mit evidence-based medicine für die zurückhaltende Akzeptanz und die Skepsis verantwortlich ist, spiegeln einige der Antworten doch einen eher grundsätzlichen Widerstand: Als wichtigste und zuverlässigste Quelle für entscheidungsprägende Informationen wurde die persönliche klinische Erfahrung genannt, gefolgt von Übersichtsartikeln und der Meinung von persönlich bekannten, geschätzten Kollegen. Handbücher und Originalarbeiten sowie andere Cochrane-Quellen wurden nur mit 45% Nutzung angegeben. Praxisempfehlungen, wie sie aus Konsensus-Konferenzen hervorgehen, wurden nur zu 27% genutzt und die eigentlichen Cochrane-Übersichtsarbeiten nur zu 5%.

Als Haupthindernis für eine breitere Nutzung von Cochrane-Quellen wurde der Mangel an relevanter und überzeugender Information angegeben, Praktikabilitätsprobleme für die Anwendung im Alltagsgebrauch und allerdings auch die Neuheit, damit wohl Unvertrautheit mit dem Konzept. Interessanterweise wurde als störend empfunden, dass ein zunehmendes Sichstützen auf Cochrane-Informationen zu einer Vernachlässigung traditioneller medizinischer Fähigkeiten führe, womit die Summe der letztlich fallgestützten persönlichen klinischen und Praxiserfahrung gemeint ist [33].

Einen wichtigen Punkt stellt die Feststellung der Befragten dar, dass sie sich nicht zutrauen, Daten aus Originalstudien selbst kritisch zu bewerten und auf ihre methodologische Verlässlichkeit hin zu überprüfen. Dieser Vorgang stellt eigentlich das Herzstück der Cochrane-Philosophie dar, damit steht und fällt der Sinn des ganzen Aufwandes. Die Annahme der Autoren [33], dass die Entwicklung von Kritikfähigkeit eine Frage der Zeit und Übung sei, muss angezweifelt werden: Nicht selten werden ja gerade auch von hochrangigen Wissenschaftlern Methodenkontroversen über Jahre hin ausgefochten. Es wäre eine unrealistische Überforderung, den Praktikern eine Kritikleistung aufzubürden, derer die wissenschaftliche Gemeinschaft selbst offensichtlich nicht fähig ist.

Aus diesem Grund erscheint die Empfehlung von French [15] besonders interessant, der vorgeschlagen hat, Praxen und nicht forschende Kliniker aktiv in Forschungsplanung und -umsetzung mit einzubeziehen, weil er darin die beste Möglichkeit sieht, Expertise und kritische Fähigkeiten für die Methodologie und die gewonnenen Ergebnisse zu erzeugen.

Spezifika der evidence-based psychotherapy

Die Übertragung der Prinzipien einer evidence-based medicine auf die Psychotherapie wurde aktuell u. a. von Buchkremer und Klingberg [7] geleistet. Die genannten Autoren orientieren sich bei der Entwicklung eines Kriterienkatalogs zur Bewertung von Psychotherapieverfahren an dem mehrstufigen Phasenmodell, das bei Entwicklung, Überprüfung und Zulassung neuer Pharma-

ka durchlaufen werden muss. Randomisierten kontrollierten Studien wird dabei ein zentraler Stellenwert beigemessen. Ergänzend zu der ausführlichen Diskussion bei Buchkremer und Klingberg [7] soll hier auf wichtige Einschränkungen der Analogisierung hingewiesen werden:

Zumindest ein doppelverblindetes Design ist in der Psychotherapie unmöglich, da Therapeuten wissen müssen, was sie tun. Einfachverblindung des Untersuchers, der jemand anderes sein muss als der Therapeut, kann mit einigem Glück gelingen. Wie eine Plazebo-psychotherapie gestaltet werden kann, bleibt umstritten. Zudem erscheint es ethisch fragwürdig, Patienten aus forschungstechnischen Überlegungen eine Behandlung vorzuenthalten [17]. Einige Autoren sehen in Replikationsstudien die Möglichkeit, die nicht überzeugenden Verblindungsbedingungen zu kompensieren (z. B. [25]).

Das zentrale Anliegen der randomisierten kontrollierten Studien ist die Kontrolle von Moderatorvariablen. Die Standardisierung der Verfahren ist aber kaum vergleichbar zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie, da die chemische Substanz natürlich global überall identisch ist, wo sie angewandt wird, während der psychotherapeutische Prozess einer Standardisierung nur approximativ angenähert werden kann durch manualisierte Therapien und Adherence-Bewertungen [47]. Aber auch dann sind Vergleiche im transkulturellen Kontext nur schwer durchführbar. Auch die Persönlichkeit des Therapeuten beeinflusst vielfach nachgewiesen den Therapieerfolg erheblich (im Überblick [5]). Hier kann es bestenfalls eine Charakterisierung, keine Standardisierung geben.

Ein weiteres Problem für die Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen kontrollierter Studien stellt das hochartifizielle Setting und die Selektion von Patienten dar, nach Diagnosekriterien, Komorbidität, Motivation (in den USA oft bezahlte Patienten) und Therapiepräferenz. Manche Pharmakotherapiestudien engen sich bei der Patientenselektion bis hinunter zu 5% der Intention-to-treat-Kollektive ein.

Neben der geringen Repräsentativität der Patientenkollektive in randomisierten kontrollierten Studien mindert v. a. die strenge Beschränkung auf eine Therapieform mit manualisiertem Vor-

gehen und Adherence-Maßen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Eine Reihe von Befragungen hat gezeigt, dass in der Praxis Eklektizismus vorherrscht (z. B. [31]). Ein sinnvoller Eklektizismus, der über die randomisierten kontrollierten Studien heutiger Provenienz wirklich hinausgeht und im Sinne einer Verallgemeinerbarkeit wissenschaftlich abgesichert ist, müsste eine diagnostische Basis haben, die über die Achse-I-Diagnosen und üblichen Komorbiditätsbestimmungen hinausgeht: Es müssten Patientencharakteristika unterhalb der Persönlichkeitsstörungsschwelle, aktuelle Problembereiche, motivationale Konstellationen, Ressourcen und Coping-Strategien in einer Weise erfasst werden, dass sie zu den zur Verfügung stehenden Therapieansätzen in Bezug gebracht werden können und es müsste zum Zweiten der Therapieprozess als steuernder und korrigierender Faktor mit einbezogen werden.

Dem konstruktiven Vorschlag eines Kriterienkatalogs zur Bewertung finanzierungswürdiger Psychotherapieverfahren [7] sollte neben der Kritik der randomisierten kontrollierten Studien noch mitgegeben werden, dass für einen solchen Bewertungsprozess unbedingt auch negative Studienergebnisse publiziert werden müssen und deshalb den gleichen Rang einnehmen sollten wie die Publikation positiver Befunde. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Betonung der Therapieziele Symptomreduktion und Funktionsverbesserung wichtige Psychotherapieaufgaben, wie z. B. die Begleitung chronisch Kranker, benachteiligt.

Störungsspezifische vs. allgemeine Psychotherapie, Psychotherapie vs. Pharmakotherapie: Zur Rolle der Psychopathologie

Die Frage, ob die nosologische Klassifikation nach DSM einschließlich der Komorbiditätsbestimmungen ausreichend für die Indikation einer Psychotherapie sei, spiegelt sich in der Kontroverse zwischen störungsspezifischen und allgemeinen Psychotherapieansätzen. Zugunsten der störungsspezifischen Indikation hatte Peter Fiedler argumentiert [14]. Er begründet seine Argumentation wesentlich mit den Befunden aus der Bochumer Angsttherapiestudie [48], die zeigen konnte, dass die Patienten dieses

Kollektivs im Durchschnitt erst nach 17 Jahren Verlauf unter verschiedenen eklektizistischen insuffizienten Therapieprogrammen zu einer wirksamen störungsspezifischen Verhaltenstherapie gelangten. Eine konsequente störungsspezifische Indikation von Psychotherapietechniken würde natürlich die Verallgemeinerbarkeit von randomisierten kontrollierten Studien erhöhen.

Fiedlers Argumentation kann insofern gefolgt werden, als es spezifische und differente psychotherapeutische Ansätze beispielsweise für Angststörungen, Depressionen und Schizophrenien gibt. Es gibt aber dennoch auch Hinweise dafür, dass innerhalb einer diagnostischen Kategorie unterschiedliche Subtypisierungen des Syndroms auf die eine oder andere psychotherapeutische Technik besser ansprechen [38, 39]. So haben sich beispielsweise bei depressiven Syndromen, die sich vorwiegend mit negativen Kognitionen manifestieren, kognitive Vorgehensweisen wirksam gezeigt, während für schwer gehemmte Zustände die Kombination von aktivierenden Psychotherapieformen mit Antidepressiva hilfreicher ist [10].

Der Zielkonflikt

Die beispielhaft berichteten Befunde widersprechen in gewisser Weise der Argumentationsführung Fiedlers [14], weil sie eine Abstimmung der psychotherapeutischen Techniken auf psychopathologische Funktionsdiagnostik unterhalb der Achse-I-Klassifikation und auch unterhalb der Schwelle zur Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zur Voraussetzung haben. Man könnte argumentieren, dass diese Sicht der Strategie der herkömmlichen randomisierten kontrollierten Studien insofern nicht abträglich sein müsste, als verschiedene Vergleichsarme eines solchen Designs entsprechende Subklassifikationskollektive enthalten könnten. Dies würde allerdings wiederum voraussetzen, dass nicht zu viele solcher psychopathologischen Details berücksichtigt werden dürfen, damit die Überschaubarkeit des Designs erhalten bleibt.

Die große Zahl solcher Aspekte der Persönlichkeit, ihrer Beziehungs- und Konfliktmodalitäten, der sozialen Einflussfaktoren, der motivationalen Einflüsse und Lebensereignisse, der Coping-Haltungen, der Persönlichkeits-

und Sozialnetzressourcen gaben Grawe Anlass, sich weitgehend von den störungsspezifischen Indikationen abzuwenden zugunsten einer Idee der allgemeinen Psychotherapie [19, 20, 21]. Grawe und Fiedler haben sich zwar in ihren wechselseitigen Stellungnahmen zuletzt aufeinander zu bewegt und die Unterschiede praktisch aufgehoben [13]. Ihre Kontroverse bleibt aber charakteristisch für einen Zielkonflikt der psychotherapeutischen Arbeit. Nämlich:

- ▶ einerseits ein Minimum von Perspektivität in Form eines Konzepts vorzugeben, um sich nicht in der Vieldeutigkeit seelischer Phänomene zu verlieren, sondern zu einer Kohärenz der klinischen Teilaspekte zu kommen und
- ▶ dennoch offen zu bleiben für neue Verstehens- und Interventionsansätze.

Allgemeine Psychotherapie darf nicht auf gut fundiertes Wissen über psychotherapeutische Fokusbildungen und ihre Passung mit spezifischen psychotherapeutischen Techniken verzichten, die zwar nicht völlig spezifisch, aber doch relativ charakteristisch für bestimmte Störungen sein können.

Der Mittelweg

Systematisierungsversuche auf Normalpsychologie gegründeter allgemeiner psychotherapeutischer Grundprinzipien mit den Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung – von Grawe jüngst noch durch eine sehr starke Betonung des Attraktormodells bereichert [21] –, haben 2 Nachteile:

- ▶ zum Ersten berücksichtigen sie die Psychopathologie nicht ausreichend, die Dreh- und Angelpunkt für das Verständnis von Dysfunktionen ist, an denen Psychotherapie ansetzt,
- ▶ zum Zweiten wirkt eine Systematik neuen Therapieansätzen, wie sie etwa aus der Neuropsychologie kommen, durch ihre Beharrungstendenz entgegen.

Eine auf den individuellen Patienten zugeschnittene Psychotherapie würde mit ihrer großen Variabilität die herkömmlichen diagnostisch DSM-gestützten

randomisierten kontrollierten Studien praktisch entwerten. Ein Mittelweg zwischen störungsspezifischer Einheitspsychotherapie und einer individuellen Differenzierung innerhalb einer diagnostischen Kategorie erscheint uns beim gegenwärtigen Stand der Forschung und der Verfügbarkeit von hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gut abgesicherten psychotherapeutischen Techniken am angemessensten. Darüber hinaus hätte ein solcher Mittelweg den Vorteil, dass einerseits gesichertes Wissen bewahrt, andererseits genügend Offenheit für Innovationen gelassen wird, die beispielsweise über experimentalpsychopathologische und pathopsychologische Forschung neue Wirkmechanismen für Veränderungen finden, die mit darauf zugeschnittenen Lernprogrammen genutzt werden können.

Wie sinnvoll es ist, die für eine Störung und individuelle psychopathologische Aspekte der Persönlichkeit charakterisierten psychotherapeutischen Techniken nicht zu stark zu systematisieren, zeigen auch die neueren Entwicklungen in der Depressionsforschung: Es wurden einige neue Konstrukte entwickelt, die gut testbare Detailfunktionsstörungen fokussieren, die in globalere Funktionsstörungen eingebettet sind, z. B. die frontale exekutive Kontrollminderung für in das Aufmerksamkeitsfeld eindringende, meist negative, vom Patienten nicht gewünschte Assoziationen [36], weiter die Forschung über Mechanismen der Regulation negativer Stimmung sowie das von Grawe [21] besonders beachtete Attraktorkonstrukt. Es soll erläutern, warum sich beispielsweise in der Entwicklung depressiver Störungen eine Eigendynamik hin zur negativen Selbst- und Weltsicht entwickelt.

All diese erwähnten Modelle legen eine spezifische psychotherapeutische Nutzung nahe. Ihre Indikation wird aber weder von der nosographisch orientierten DSM-Klassifikation, noch von einem Schema allgemeiner Psychotherapiewirkfaktoren in einer adäquaten Weise geleistet. Das hängt damit zusammen, dass Störungen der Emotionskontrolle in ganz unterschiedlichen nosologischen Einheiten vorkommen, wie etwa Borderlinepersönlichkeitsstörungen, narzisstischen Krisen, Angststörungen oder auch in bestimmten Stadien der Schizophrenie. Diese Störungen sind nosologisch ubiquitär, aber sie sind eben

besonders charakteristisch und ausgeprägt in der majoren Depression; dort stellen sie einen zentralen Störungsbereich dar.

Das Auseinanderklaffen der Strategien der störungsspezifischen Psychotherapieindikation und der allgemeinen Psychotherapieindikation bringt die Notwendigkeit einer differenzierten Psychopathologie wieder ins Feld. Anstatt Energie zu verschwenden für die Verfeinerung des nosographisch orientierten Klassifikationssystems sollte die psychopathologische und pathopsychologische Forschung mehr in die Funktionsmikroanalysen von Störungen investieren, die Einzelsymptomen innerhalb der nosologischen Einheiten zugrunde liegen, etwa vergleichbar der funktionalen Psychopathologie, wie sie auf der Seite der biologischen Verhaltensforschung von van Praag [53] vorgeschlagen worden ist. Diese Form der Psychopathologie erhält ihre stärksten innovativen Impulse gegenwärtig aus den Neurowissenschaften.

Ähnliches lässt sich aus der Kontroverse Psychotherapie versus Pharmakotherapie schließen. Hier besteht ein besonders hoher Forschungsbedarf in Bezug auf Kombinationstherapien. Es ist wenig bekannt über die Interaktionen zwischen den einzelnen Therapiebestandteilen. Klerman und Mitarbeiter [26] haben verschiedene Modelle über das Zusammenwirken von Psycho- und Pharmakotherapie entwickelt, zu denen additive und potenzierende Effekte gehören, vorstellbar sind aber auch wechselseitig mindernde Effekte. Darüber hinaus sind theoretisch interessante Deckeneffekte bekannt, wie sie sich bei den Depressionsstudien des NIMH [11] und von Hautzinger und deJong Meyer [10, 23] gefunden haben. Modellvorstellungen über die Funktionalität des Zusammenwirkens, die über Feststellungen zum Ausmaß der gegenseitigen Beeinflussung hinausgehen, gibt es kaum.

Welche funktionellen Verbindungen zwischen den beiden Therapiekomponenten angenommen werden können, lässt sich beispielsweise an der Borderline-Therapie-Konzeption von Linehan [30] verdeutlichen. Pharmakotherapeutisch wird eine basale, biologienahe Dysfunktion, wie etwa die Emotionsregulierung, zu beeinflussen versucht, während mit Psychotherapie die verhaltensmanifesten Folgerscheinungen

und das Coping-Verhalten bearbeitet werden. Ein solches 2-gliedriges, eine zeitliche Sukzessivität nahelegendes Pathogenesmodell, wie es ähnlich auch dem Vulnerabilitätsmodell der Schizophrenie zugrundeliegt, birgt allerdings die Gefahr in sich, unangemessen zu simplifizieren. Es vernachlässigt zirkuläre pathogene Prozesse, wie sie besonders ausgeprägt bei den Angstsyndromen und Suchtentwicklungen zu sehen sind. Das Modell des Wirksamkeits-Decken-Effekts von Kombinationstherapien bei Depressionen könnte hingegen ein Hinweis darauf sein, dass das System der Emotionsaktivierung von verschiedenen Seiten her alternativ oder auch gleichermaßen stimulierbar ist.

Perspektiven

Was bedeuten diese Überlegungen für die Perspektiven der Psychotherapieforschung? Es sind z. Z. 2 Tendenzen beobachtbar, auf die Kritik einzugehen, die gegen die herkömmlichen randomisierten kontrollierten Studien vorgebracht wurden, Tendenzen, die bisher für die Psychotherapie relativ wenig beachtete Forschungsparadigmen aufgreifen:

1. Die Evaluation ganzer Versorgungssysteme, in denen Psychotherapie eine größere Rolle als ein Bestandteil des Gesamttherapieprogramms spielt und
2. die Einbeziehung neuer experimenteller psychopathologischer und pathopsychologischer Paradigmen, die spezifische Trainingsverfahren ermöglichen, deren Einfluss auf das biologische Substrat nach Möglichkeit unmittelbar überprüfbar sein sollte.

Studien zur erstgenannten Forschungsstrategie werden hinsichtlich der Wirkfaktoren vage bleiben, aber sie stellen die wahrscheinlich solideste Basis für die gesundheitspolitischen Entscheidungen der Ressourcenverteilung dar. Der letztere Weg führt dagegen zu sehr präzisen Aussagen über die Wirkmechanismen, bleibt aber beschränkt auf einen ganz schmalen Bereich einer mentalen Dysfunktion, aus deren Analyse kaum Implikationen für die globalen Behandlungsstrategien der Gesamtheit der Patienten einer Krankheitsgruppe abzuleiten sind. Der letztere Ansatz ist dafür

sehr gut mit Psychotherapie-Prozessanalysen in Verbindung zu bringen, während der erstere Ansatz vor allem den wichtigen Faktor der Einstellungsänderung und Fortbildungsgewinne der bereits etablierten Versorgungssysteme charakterisieren kann.

Die Evaluation von Gesundheitssystemen

Evaluationen ganzer Versorgungssysteme, in die experimentell eine neue Therapiestrategie einschließlich eines psychotherapeutischen Elementes eingeführt wurde, sind mit Depressionsprogrammen in Kombination mit Pharmakotherapie und kürzlich auch mit einem Schizophreniefrühinterventionsprogramm durchgeführt worden. Das DART-Programm in den USA (Depression Awareness Recognition and Treatment Program [44]) konnte zeigen, dass kurze Trainingsprogramme zur verbesserten Diagnostik bei Ärzten der Grundversorgung führten und die Behandlungsrate früher undiagnostiziert und damit unbehandelt gebliebener Depressiver verbessern konnten. Die englische Defeat Depression Campaign [43] brauchte allerdings eine sehr lange Vorlaufzeit, um einige geringe Veränderungen zu bewirken. Paykel hat diese ungünstige Aufwand-Effekt-Relation darauf zurückgeführt, dass die Medikalisierung der Depression durch die pharmakologischen Behandlungsangebote Widerstände sowohl bei Patienten wie bei den Ärzten der Grundversorgung geweckt habe [43], ein Argument im Übrigen, die adäquate psychotherapeutische Behandlung in den Kombinationsprogrammen zu stärken.

McGlashan hat kürzlich über ein Frühinterventionsprogramm für Prodromalstadien der Schizophrenie in New Haven berichtet, das zwar stärker pharmakologisch als psychotherapeutisch orientiert war, aber dennoch einen Psychotherapieanteil mit vorwiegend psychoedukativen Techniken enthielt [34]. Die Zahlen, die er auf dem WPA-Kongress in Hamburg präsentiert hat, behaupten, dass mit dem Frühinterventionsprogramm die Rate der voll ausgebildeten Krankheitsmanifestation in 2 konsekutiven Jahrgängen um 90% reduziert werden konnte [35].

Das NIMH in den Vereinigten Staaten hat, dieser Argumentationslinie fol-

gend, eine neue Forschungsförderungspolitik entwickelt, die ganz auf Fragen der Praktikabilität ausgerichtet ist [41]. Wesentliche Elemente, die untersucht werden sollen, sind etwa:

- die bidirektionale Kommunikation zwischen Forschung und Praxis,
- die Frage, wie die Verallgemeinerbarkeit trotz der Komplexität der Diagnostik, beispielsweise von Komorbidität oder Chronizität in Patientenkollektiven, erhalten werden kann,
- die Charakterisierung der bereits bestehenden Therapiegewohnheiten,
- die Analyse von Faktoren, die einen Wandel der Systeme fördern oder behindern,
- Konsensus-Aktivitäten und die Frage, wie ihre tatsächliche Nutzung in den Systemen gefördert werden kann.

Verglichen mit den experimentellen Versuchen haben die Evaluationsstudien komplexer Versorgungssysteme den Nachteil, dass die einzelnen Wirkfaktoren weniger gut kontrollierbar sind. Es gibt in dieser Hinsicht ein Kontinuum zwischen experimentellen und Evaluationsstudien. Fragen, die gelöst werden müssen, betreffen beispielsweise die simultane vs. sukzessive Kombinierbarkeit von psychotherapeutischen Techniken, die aus verschiedenen therapeutischen Schulen kommen, und die ökonomischste Form der Erhaltungstherapie über einen längeren Zeitraum. Es ist bekannt, dass nach Beendigung der Therapie die Psychotherapieeffekte zum Teil wieder verfallen. Einige Studien [10, 23] haben weitere Lerneffekte nach Beendigung gezeigt. Hier wäre eine Kombination mit der Prozessforschung hilfreich und in den Fällen, in denen ein Abfall der Wirksamkeit nach Beendigung der Therapie zu verzeichnen ist, wie etwa bei supportiven Therapien oder Übungsprogrammen, die Beschreibung der Verlaufskurven sowie die Klärung, ob hier Fortführung in Form von Clustern von Sitzungen mit längeren Intervallen sinnvoll ist und wie die optimale Dosis-Wirkungs-Relation aussieht; oder ob kontinuierliche Erhaltungstherapie wirksamer und kostengünstiger ist. Prozessanalysen können auch die Schwellenwerte der notwendigen Therapiedauer zur Erreichung einer kognitiven Umstrukturierung, zur Erkennung des zen-

tralen Konfliktthemas und der Bereitschaft, dafür Verantwortung zu übernehmen, eingrenzen, ein entscheidender Schritt, der in der Studie von Grande et al. den Erfolg der psychodynamischen Behandlung präzisieren konnte [18].

Die Neurowissenschaften als Quelle der Innovation für die Psychotherapieforschung

Die Annahme, dass es möglich sein müsste, Psychotherapieeffekte im Gehirn mit modernen Techniken nachzuweisen, erscheint trivial. Psychotherapie heißt lernen und die Lernmaschine Gehirn muss Änderungen ihrer Funktions- und Aktivierungsmuster als Lerneffekt zeigen, evtl. auch morphologische Änderungen. Zu den frühesten Befunden gehören die von Baxter und Mitarbeitern, die zeigen konnten, dass sowohl Imipramin wie Psychotherapie bei Zwangsstörungen die Aktivierung im rostralen Teil des Kaudatumköpfchens reduzieren kann [3, 49], was Anlass für die Entwicklung einer These der frontalen Desinhibition bei Zwangsstörungen gab.

Bewusstes und unbewusstes Lernen

Eric Kandel [24] hat kürzlich 8 neuropsychologische Forschungsfelder skizziert, die aus seiner Sicht wesentlich zur Beantwortung von offenstehenden Fragen in der Psychoanalyse beitragen können. Dazu gehören beispielsweise Lernbedingungen für bewusstes und unbewusstes Lernen. Kandel setzt die psychoanalytische Konzeption des bewussten Gedächtnisses mit dem deklarativen Gedächtnis im Sinne von Squire [51] gleich, das Unbewusste mit dem prozeduralen Gedächtnis. Weiterhin setzt er den die Lernvorgänge verbessernden Priming-Mechanismus des deklarativen Gedächtnisses mit dem vorbewussten Teil des Ichs im Sinne der konfliktfreien Ich-Sphäre von Hartmann gleich und empfiehlt, dass die Psychoanalyse diese neurowissenschaftlichen Paradigmen nutzt, um aktiv empirische Forschung mit ihren Konzepten zu betreiben.

Die Bostoner Arbeitsgruppe „Process of Change“ um Louis Sander und Daniel Stern hat herausgearbeitet, dass ein psychotherapieinduzierter Wandel vor allem dann auftritt, wenn sich neue Bedeutungsinhalte für das unbewusste prozedurale Lernen ergeben, weniger

aus bewusster Einsicht [6]. Sie empfehlen deshalb, dass systematisch die Gestaltung von Psychotherapie-settings untersucht werden sollte, die für die Form des unbewussten prozeduralen Lernens optimal ist. Auch hinsichtlich des Transfers von in der Psychotherapie erworbenen neuen Fähigkeiten und Einsichten in Alltagsverhalten könnte man sich vorstellen, dass bewusstes Lernen im Sinne des deklarativen Gedächtnisses vom Patienten vor allem dazu genutzt werden könnte, sich selber in optimaler Weise Situationen zu exponieren, die wiederum prozedurales Lernen besonders effektiv vermitteln. Kandel führt aus, dass prozedurales Lernen vor allem dann optimal ist, wenn es um die Erfassung von Grundregeln des Verhaltens geht, wie etwa das Erlernen einer Grammatik einer neuen Sprache oder das Erlernen eines moralischen oder Verhaltenskodex aber auch von Alltagsroutinen.

Prädiktive Wahrscheinlichkeitsbeurteilung

Ein weiterer Mechanismus, dessen systematische Nutzung in der Psychotherapie und zur Erforschung ihres biologischen Korrelats von Bedeutung sein könnte, ist der Weg von der Feststellung der Simultaneität zweier Ereignisse zu ihrer Kontingenz, d. h. der prädiktiven Wahrscheinlichkeitsbeurteilung des gemeinsamen Auftretens von 2 Ereignissen [9], ein Paradigma, mit dem z. B. in der neuropsychologischen Wahnforschung gearbeitet wird. Mit dem Paradigma der verzögerten Konditionierung, die einen bewussten Erinnerungsschritt für das Vorlaufende der beiden kontingenten Ereignisse benötigt, könnte man bewusstes deklaratives und unbewusstes prozedurales Gedächtnis miteinander experimentell zu verknüpfen versuchen [24].

Frühkindliche Traumatisierung durch Deprivation

Als letztes Paradigma für die innovativen Impulse, die aus der Neurobiologie für die Psychotherapie ausgehen können, sei noch das der frühkindlichen Traumatisierung durch Deprivation aufgeführt, das ebenfalls in der Psychoanalyse bekanntlich eine zentrale Rolle für die Theoriebildung gespielt hat. Nemeroff und seine Gruppe haben herausge-

funden, dass neugeborene Nager, die für 3 h/Tag über 2 Wochen von ihren Müttern getrennt wurden, eine dauerhaft erhöhte CRF-Ausschüttung entwickelt haben, die lebenslang bestehen blieb. Diese veränderte Funktion konnte positiv beeinflusst werden, wenn die Neugeborenen zu Pflegemüttern kamen [28]. Der Vergleich der traumatisierten Tiere mit regulär bei ihren Müttern aufgewachsenen zeigte darüber hinaus, dass geringste Belastungen, wie etwa ein leichter Luftstoß auf die Schnauze der Tiere, extreme Kortisolausschüttungen bei den traumatisierten Tieren zur Folge hatte, während die nicht traumatisierten mit kurzfristigen Minimalreaktionen auf diesen Stressor antworteten.

Auf die Zusammenhänge zwischen Psychotherapie und endokrino-logischen sowie neuroimmunologischen Parametern weisen auch die lebensverlängernden Effekte von Psychotherapie mit AIDS-Patienten hin; auf den gleichrangigen Einfluss von Psychotherapie und Imipramin auf die Aufhebung des blutigen Ca-Oszillationen an der Zellmembran von Lymphozyten Depressiver haben die Studien von Aldenhoff hingewiesen [1, 54]. Das Modell von Nemeroff ist in der Forschung auch verbunden worden mit dem Konzept der Bindungsstile und der Einbeziehung von prozeduralen Lern- und Gedächtnisvorgängen, die in der frühen Kindheit vorherrschen. Die beschriebenen Befunde geben exzellente Möglichkeiten, die Evaluation von Psychotherapie auf eine wesentlich breitere, umfassendere Basis zu stellen, die neben subjektivem Befinden und manifestem Verhalten eben auch die gewissermaßen unbestechlichen biologischen Veränderungen mit einbezieht.

Wird die Hermeneutik als Forschungsperspektive der Psychotherapie noch benötigt?

Die Methodik der hermeneutischen Interpretation des gesprochenen Worts in der Psychotherapie wird von vielen Forschern als Antipode einer evidence-based psychotherapy angesehen. Die Hermeneutik hat bekanntlich weite Bereiche der Psychoanalyse und Phänomenologie beeinflusst (vgl. [27, 52]). Gadamers als ein Hauptvertreter der hermeneutischen Methodik [16] hat sich auch mit dem psychotherapeutischen

Gespräch befasst, dessen Wesen er im gegenseitigen Wandel der Dialogpartner eben durch einen Einschwingungsprozess auf gemeinsame Bedeutungssetzungen hin begründet sieht. Der hermeneutische Ansatz in der Psychotherapie wird vor allem in den romanischen Ländern und Südamerika noch in großen Bereichen der Psychoanalyse und auch der Psychiatrie favorisiert.

Auf dem Psychotherapiekongress, 1996, der DGPPN in Heidelberg war ein Plenumsvortrag mit Diskutant der Rolle der Hermeneutik gewidmet [40]. Damals gab es Übereinstimmung, dass die Hermeneutik Prozessaspekte der Psychotherapie bestimmen hilft, so etwa die Fokusbildung, die ebenso sehr auf einer Konsensbildung per se zwischen Therapeut und Patient beruht wie auf objektiven Fakten [29, 46]. Die Freiheit, im hermeneutischen Prozess einem Lebensereignis oder einer Handlungsweise Sinn und Bedeutung zuzuordnen, stellt sicher für die Forschung ein Problem dar, für die Therapie aber eine Chance, weil sie Lernanstöße durch Neudefinitionen geben kann.

Ein anderer Bereich, in dem die Hermeneutik nützlich sein kann, ist die Bewertung einer Vielzahl von Einflussfaktoren, die in einem kontrollierten Design aufgrund ihrer Vielzahl nicht untergebracht werden können. Die Hermeneutik kann sie natürlich auch nicht kontrollieren, aber die intuitiv gestalthaft gewonnenen Anschauungen einer Hierarchie von pathogenen Einflüssen und potenziellen salutogenen Faktoren können eine Arbeitshypothese für planvolles und ökonomisches Vorgehen in der Initialphase der Therapie abgeben. Im weiteren hermeneutischen Prozess erfahren sie dann eine Korrektur, Bestärkung oder Verfeinerung. Die so erhärtete Hypothese kann später in objektivierenden Ansätzen überprüft werden. Im Übrigen ist dieser aktuelle kreative Akt der Hypothesengenerierung während der laufenden Therapie unabdingbar, gleichgültig, ob wir damit aus Methodengründen einverstanden sind oder nicht, weil wir als Therapeuten vor der Notwendigkeit stehen, ggf. handeln zu müssen, bevor wir eine letzte objektive Klärung der Hintergründe erreicht haben, beispielsweise in einer Situation, in der akute Suizidgefährdung besteht. Es ist deshalb auf jeden Fall nützlich, diese Form der Erkenntnisentstehung

auf Optimierungsmöglichkeiten hin anzuschauen.

Die mit Recht gegen hermeneutische Ansätze vorgetragene Kritik weist darauf hin, dass die durch einfühlerisches Nachvollziehen gewonnene subjektive Evidenz des hermeneutischen Prozesses, auch wenn er durch den ständigen offenen Dialog modelliert wird, Schwierigkeiten mit der Reliabilität erzeugt. Denn Forschungsergebnisse müssen natürlich kommunizierbar und replizierbar sein, die angewandte Methode explizierbar und definierbar, damit die Ergebnisse zwischen Zentren verglichen und überhaupt kritisch diskutiert werden können.

Eine Empfehlung, die aus der Hermeneutikdebatte auf dem Heidelberger Kongress erwuchs, ging dahin, die Hermeneutik als Ergänzung zu den objektiven Methoden zu sehen und nicht als eine Methode, die aufgrund ihrer Gegenstandsadäquatheit Vorrang über andere Methoden beanspruchen darf [40]. Diese Empfehlung kann verbunden werden mit der Vorstellung eines kontinuierlichen Wechselschritts zwischen den Methoden, eines Zwei-Wege-Prozesses der Forschung, wie er von Groeben [22] und von Mundt [37] empfohlen wurde. Die Nutzung des einfühlerischen, sich in den anderen versetzenden Subjekts vorwiegend zur Generierung von Hypothesen innerseelischer Abläufe und zur Herstellung von Kohärenz für eine vielgestaltige Symptomatik und Biographik muss sich abwechseln mit einer Annäherung an das jeweils gleiche Phänomenfeld mit subjektverblindenden objektiven Methoden, deren Ergebnisabweichungen dann wiederum innovative Anstöße für den nächsten Wechselschritt hermeneutischer Wiederannäherung geben können.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

International gibt es in der empirischen Psychotherapieforschung einen Konsens darüber, dass für den grundsätzlichen Beweis der Wirksamkeit eines neuen Verfahrens das Modell der randomisierten, kontrollierten Studien nach wie vor den Goldstandard darstellt. Diese Tendenz der wissenschaftlichen Gemeinschaft wird durch das Interesse der Geldgeber für Psychotherapie unterstützt. Die Probleme der Generalisierbarkeit von Ergebnissen, die mit solchen

Studien gewonnen wurden, auf die klinische und Praxissituation sowie das Interesse am Kosten-Nutzen-Verhältnis von Therapien hat zur Rückbesinnung auf die epidemiologische Tradition der Evaluation ganzer Versorgungssysteme geführt, in denen Psychotherapie einen wesentlichen Bestandteil des therapeutischen Gesamtangebotes darstellt. Im Rahmen solcher Anwendungsstudien können Nebeneffekte, wie das Umlernen der helfenden Berufe, die Neugestaltung lange bestehender Systemabläufe oder Voreinstellungen in der Bevölkerung mit Präferenzen für bestimmte Therapieverfahren zu Hauptproblemen werden, deren Bewältigung wesentlich größere Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der untersuchten Population und die dafür aufzuwendenden Mittel hat als die möglicherweise relativ geringfügigen Optimierungen einer Therapiemethode.

Da Evaluationsforschung keine Aussagen über die Wirkfaktoren einer Therapie machen kann, werden experimentelle Studien aus den Neurowissenschaften eine zunehmende Rolle für die Psychotherapie spielen. Die dafür benötigte psychopathologische Diagnostik und Theoriebildung muss weit differenzierter als bisher und unterhalb der Achsen I und II des DSM angesiedelt sein. Ja, man kann sogar daran zweifeln, ob überhaupt die am medizinischen Modell entwickelte nosologische Nosographie für die Psychotherapieforschung weiter entwickelt werden kann oder ob nicht ganz andere Modelle fruchtbarer sind, die etwa auf entwicklungspsychopathologische Reifungsprozesse, Aspekte der Persönlichkeitsstruktur, der Regulierung und Strukturbindung von Affekten, der Bildung und Umbildung kognitiver Schemata, spezifische Gedächtnisprozesse mit dem Aufbau von Geschichtlichkeit und Identität oder Bindungs- und Beziehungsmodi des Patienten abheben. Die heute nosologisierten Syndrome Angst und Zwang beispielsweise wurden in einer älteren kontinentaleuropäischen Psychopathologie als transnosologisch ubiquitär angesehen. Mit der Aufgabe der alten Ordnung ist die Sachlage nicht anders geworden. Die Studie von Maier und Buller zeigt, dass aus Angstersterkrankungen auch 30% affektive Psychosen und 10% Schizophrenien im Einjahresverlauf hervorgehen [32].

Die Polarisierungs- und Annäherungsprozesse zwischen störungsspezifischer und allgemeiner Psychotherapie weisen darüber hinaus auf ein weiteres Problem der Psychotherapieforschung hin: Durch Forschung erzielte Innovation und beharrender Schematismus von Psychotherapieverfahren (d. h. Schulen) benötigen eine immer wieder neu herzustellende Balance. Seelische Phänomene sind vieldeutig. Gemeinsame Kohärenzbildung bei Patient und Therapeut zu einem Fokus ist aber essenziell. Das Springen zwischen unterschiedlichen Interpretationen der Störung, zwischen verschiedenen Wirkmechanismen, wie in der Pharmakotherapie, ist in der Psychotherapie nur begrenzt und nur mit Behutsamkeit möglich. Eine zu rasch zu weit gehende Auflösung von Schulen und Orientierung ermöglichenden Interpretationsrahmen ist deshalb ebenso ungünstig wie eine zu weit gehende Systematisierung, die keinen Raum für die Einführung neuer Interpretationen einer Dysfunktion und neuer therapeutischer Wirkfaktoren lässt.

Hermeneutik und anthropologische Phänomenologie als geisteswissenschaftlicher Pol der Psychotherapieforschung erscheinen unverzichtbar. Sie bilden den natürlichen Erkenntnisprozess der Praxis ab und stellen damit eine wichtige Quelle psychotherapeutisch relevanter Beobachtungen und Hypothesen von mentalen Funktionsabläufen dar. Außerdem sollte der ohnehin stattfindende natürliche Erkenntnisablauf als solcher aus der Beforschung nicht ausgegliedert werden.

Darüber hinaus darf die Reflexion von Therapiezielen und des Menschenbildes in der Psychotherapie nicht den Kostenträgern überlassen bleiben, sie ist Teil unserer Aufgaben, sie bestimmt unser Selbstverständnis und unsere Stellung in der Gesellschaft.

Wenn wir uns der Methodenvielfalt in der Psychotherapie stellen, bedeutet dies, dass eine unserer Aufgaben darin besteht, immer wieder die Kohärenz unserer Theorien und Befundinterpretationen über die Methodenebenen hinweg herzustellen. Die 200-jährige Geschichte der wissenschaftlichen Psychiatrie mit ihrer Spannung durch den Methodendualismus hat gezeigt, dass Vereinseitigungen nach beiden Seiten zu Ideologie mit verheerenden Nachteilen für die Patienten führt. Erinnert sei nur

an die Euthanasie- und Antipsychiatrieperioden; die erstere eine Verirrung in eine materialistische Instrumentalisierung der Patienten für vermeintliche Belange der Allgemeinheit, die letztere umgekehrt eine Verirrung in eine die Patienten viktimisierende abiologische Soziogenietheorie seelischer Störungen. Deshalb erscheint uns Wissen als ein dynamischer Prozess der fortlaufenden Approximation von Kohärenz unter Einbeziehung aller Methoden und Informationsquellen, die verfügbar sind.

Literatur

1. Aldenhoff JB (1997) Somatische Veränderungen bei Psychotherapie. In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (eds) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Wien, pp 457–460
2. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatr Assoc, Washington, DC
3. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP et al. (1992) Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 49:681–689
4. Berner MM, Rüter A, Stieglitz RD, Berger M (2000) Das Konzept der „Evidence-based Medicine“ in der Psychiatrie. Ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? Nervenarzt 71:173–180
5. Beutler LE, Machado PPP, Allstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 229–269
6. Boston Process of Change Study Group (1998) Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. Infant Ment Health J 19:277–353
7. Buchkremer G, Klingberg S (2001) Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. Nervenarzt 72:20–30
8. Chalmers I (1993) The Cochrane collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. Ann N Y Acad Sci 703:156–163
9. Clark RE, Squire LR (1998) Classical conditioning and brain systems: The role of awareness. Science 280:77–81
10. deJong Meyer R, Hautzinger M, Rudolf GAE, Strauss W, Frick U (1996) Die Überprüfung der Wirksamkeit einer Kombination von Antidepressiva- und Verhaltenstherapie bei endogen depressiven Patienten: Varianzanalytische Ergebnisse zu den Haupt- und Nebenkriterien des Therapieerfolgs. Z Klin Psychol 25:93–109
11. Elkin I (1994) The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 114–139
12. Evidence-Based Medicine Working Group (1992) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 268:2420–2425
13. Fiedler P (1997) Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag immer schon ziemlich genau in der Mitte. Verhaltensther Verhaltensmed 18:229–251
14. Fiedler P (1997) Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. Verhaltensther Verhaltensmed 18:7–39
15. French B (1998) Developing the skills required for evidence-based practice. Nurse Educ Today 18:46–51
16. Gadamer HG (1965) Wahrheit und Methode. Mohr, Tübingen
17. Garfield SL, Bergin AE (1994) Introduction and historical overview. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 3–18
18. Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1997) Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (eds) „...die Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und das Leben zu genießen...“ Zu den vielen Facetten psychoanalytischer Katamneseforschung. Psychosozial Verlag
19. Grawe K (1995) Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40:130–145
20. Grawe K (1997) „Moderne“ Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie. Verhaltensther Verhaltensmed 18:137–159
21. Grawe K (1999) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
22. Groeben N (1986) Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie. Francke, Tübingen
23. Hautzinger M, deJong Meyer R, Treiber R, Rudolf GAE, Thien U (1996) Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. Z Klin Psychol 25:130–145
24. Kandel ER (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 156:505–524
25. Kazdin AE (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 19–71
26. Klerman GL, Weissman MM, Markowitz JC, Glick I, Wilner PJ, Mason B, Shear MK (1994) Medication and psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 734–782
27. Kraus A (1999) Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (eds) Psychiatrie der Gegenwart. Grundlagen der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 577–603

28. Ladd CO, Owens MJ, Nemeroff CB (1996) Persistent changes in corticotropin-releasing factor neuronal systems induced by maternal deprivation. *Endocrinology* 137:1212–1218
29. Lang H (1997) Hat die Hermeneutik noch eine Chance? In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (eds) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien, pp 33–47
30. Linehan M (1993) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford, New York
31. Löcherbach P (1999) *Patientenorientierte Bedarfsermittlung und -planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Abschlußbericht. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln*
32. Maier W, Buller R (1988) One-year follow-up of panic disorder. Outcome and prognostic factors. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 238:105–109
33. McAlister FA, Graham I, Karr GW, Laupacis A (1999) Evidence-based medicine and the practicing clinician. *J Gen Intern Med* 14:236–242
34. McGlashan TH (1996) Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophr Bull* 22:327–345
35. McGlashan TH (1999) Treatment intervention in the New Haven PRIME Clinic Prodromal Sample. In: López-Ibor JJ, Sartorius N, Gaebel W, Haasen C (eds) *Current Opinion in Psychiatry. Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Vol I*. Lippincott Williams & Wilkins, London, p 64
36. Merriam EP, Thase ME, Haas GL, Keshavan MS, Sweeney JA (1999) Prefrontal cortical dysfunction in depression determined by Wisconsin Card Sorting Test performance. *Am J Psychiatry* 156:780–782
37. Mundt Ch (1989) *Psychopathologie heute*. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (eds) *Psychiatrie der Gegenwart 9: Brennpunkte der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 147–184
38. Mundt Ch (1996) Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen: Zum theoretischen Hintergrund und seiner Praxisrelevanz. *Nervenarzt* 67:183–197
39. Mundt Ch (1996) Psychotherapie des Wahns. *Nervenarzt* 67:515–523
40. Mundt Ch, Linden M, Barnett W (1997) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien
41. National Advisory Mental Health Council Workgroup on Clinical Treatment and Service Research (1999) *Bridging science and service*. <http://www.nimh.nih.gov/research/bridge.htm>
42. Niederehe G, Street LL, Lebowitz BD (1999) NIMH Support for Psychotherapy Research: Opportunities and questions. *Prevention & Treatment* 2. <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020003a.html>
43. Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D (1997) The Defeat Depression Campaign: Psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 154 [Suppl 6]:59–65
44. Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD, Lazar JB, Judd LL (1988) The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 145:1351–1357
45. Robinson A (1995) Research, practice and the Cochrane Collaboration. *CMAJ* 152:883–889
46. Rudolf G (1997) Objektivierung des Subjektiven. Kommentar zum Beitrag von U. Bauermann. In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (eds) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien, pp 27–32
47. Sanderson WC (1998) The case for evidence-based psychotherapy treatment guidelines. *Am J Psychother* 52:382–387
48. Schulte D (1991) *Therapeutische Entscheidungen*. Hogrefe, Göttingen
49. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME (1996) Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53:109–113
50. Silagy C, Lancaster T (1995) The Cochrane Collaboration in Primary Care: an international resource for evidence-based practice of family medicine. *Fam Med* 27:302–305
51. Squire LR, Zola-Morgan M (1991) *From molecules to memory*. Scientific American Library. Freeman Press, New York
52. Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1. Grundlagen*. Springer, Berlin Heidelberg New York
53. van Praag HM (1997) Over the mainstream: Diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Res* 72:201–212
54. Vollmayr B, Sulger J, Gabriel P, Aldenhoff JB (1995) Mitogen stimulated rise of intracellular calcium concentration in single T lymphocytes from patients with major depression is reduced. *Prog Neuropharmacol Biol Psychiatry* 19:1263–1273