

## Rezension

Wampold, B.E. (2001): The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ/London. ISBN 0-8058-3201-7, 263 Seiten, £ 27,50

Sigmund Freud hätte sich gefreut.

Das Buch des renommierten empirischen Psychotherapieforschers Bruce E. Wampold kontrastiert die empirischen Befunde zu zwei Hintergrundmodellen, die die Forschung jahrelang angeleitet haben, selten aber explizit formuliert wurden. Wampold bezeichnet sie als „medical model“ und „contextual model“. Das „medical model“ ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: a) Der Patient (oder Klient) hat eine Krankheit (ein Problem, eine Beschwerde), deren Symptome als Zeichen einer zugrundeliegenden Störung gelesen und in eine diagnostische Taxonomie gruppiert werden; b) die Krankheit wird durch eine psychologische Hypothese erklärt; c) der „Mechanismus“ der Veränderung oder Heilung wird dem speziellen psychotherapeutischen Ansatz zugerechnet und leitet sich aus der Hypothese ab; d) jedem therapeutischen Ansatz eignen spezifische therapeutische Ingredienzien; e) es gibt einen spezifischen Faktor des therapeutischen Ansatzes, der für eine spezielle Störung als wirksam identifiziert und letztlich in einer manualisierten Form beschrieben werden kann.

Das „contextual model“ besteht aus anderen Momenten: a) Psychotherapie wird als emotional hochbesetzte Beziehungsform angesehen, die eine hilfeschende Person vertrauensvoll mit einem professionellen Therapeuten eingeht; b) der Patient glaubt – und diese Überzeugung bzw. Hoffnung wird nicht zerstört –, daß der Therapeut tatsächlich hilfreich handelt; c) es gibt eine Art Plan oder Schema, vielleicht sogar einen Mythos, der eine plausible Erklärung für die Probleme liefert und d) schließlich eine Art Ritual oder Prozedur, sie zu bewältigen. Mit den beiden letzten Punkten ist gemeint, daß Psychotherapie durchaus nicht „wissenschaftlich validiert“ sein muß; es können auch andere Mythen an die Stelle dieses einen treten. „Simply stated, the client must believe in the treatment or be lead to believe in it“ (25).

Die Wurzeln des medizinischen Modells sieht Wampold beim frühen Freud, aber auch beim Behaviorismus und bei der von ihm beeinflussten Verhaltenstherapie (VT). Ein etwas weiter geführter historischer Rückblick hätte zeigen können, daß die beiden Modelle schon bei Pinel zu finden waren und zwei Diskurse generierten, die das psychiatrische Denken bestimmt haben (Kiceluk 1993). Sie sind, wie wir jetzt sehen können, auch von der empirischen Forschung nicht außer Kraft gesetzt worden. Allerdings ist bezüglich der VT interessant, daß deren Exponenten noch in den 1970er Jahren vehement gegen das „medizinische Modell“ in der Psychotherapie Stellung bezogen, während sie in neuerer Zeit spezielle Techniken für spezielle Störungen anbieten – und damit in Wampolds Definition dem einst abgelehnten medizinischen Modell folgen. Interessant ist, daß diese Wandlungen eher den ökonomischen Rahmenbedingungen als Sachentwicklungen parallel gehen. Das medizinische Modell scheint sich für Kämpfe um claims besser zu eignen.

Diese Hintergrundmodelle sieht Wampold auf einem spezifischen Abstraktionsniveau angesiedelt; über den therapeutischen Techniken siedelt er „Strategien“, darüber „theoretische Ansätze“ und erst auf oberstem level die genannten meta-theoretischen Modelle an. Um über die Wirksamkeit von Techniken, Strategien oder Theorien mit empirischen Mitteln zu entscheiden, genügt es, entsprechende Studien durchzuführen; um jedoch über die Hintergrundmodelle zu entscheiden, muß die gesamte empirische Literatur gesichtet, insbesondere durchgeführte Meta-Analysen zu Rate gezogen und Klarheit darüber geschaffen werden, daß beide Hintergrundmodelle höchst unterschiedliche Voraussagen machen.

Das Buch ist klar gegliedert und Wampold formuliert sein Ergebnis vorneweg: Die strikt empirische Argumentation zeigt, „that psychotherapy is incompatible with the medical model and that conceptualizing psychotherapy in this way distorts the nature of the endeavour. Cast in more urgent tones, the medicalization of psychotherapy might well destroy talk therapy as a beneficial treatment of psychological and social problems“ (2). Weil Wampold strikt empirisch argumentiert, ist das kein vorweg bestätigtes Vor-Urteil, sondern genauer Befund, dessen Nachweise nun in detaillierten Kapiteln geliefert werden.

Zunächst werden unterschiedliche Vorhersagen beider Hintergrundmodelle entwickelt: Zwar sagen beide Modelle vorher, daß Psychotherapie wirksam sei, aber nicht, daß es eine einheitliche Wirkungsweise geben kann. Das medizinische Modell (MM) muß vielmehr annehmen, daß „richtige“ Techniken bessere Effekte erzielen und weiter, daß diese auch spezifisch sind. Dazu gehören dann Untersuchungsdesigns, die diese Ingredienzien zu isolieren versuchen, um ihre Effekte bestimmen zu können. Spezifische Effekte sind dann größer als die allgemeinen Effekte von Psychotherapie – und hier macht das contextual model (CM) die Vorhersage, daß sich keine spezifischen Effekte entdecken lassen. MM prognostiziert, daß generelle Effekte geringer seien als die spezifischen, an eine Technik gebundenen Effekte während CM genau die umgekehrte Vorhersage macht.

Die Genauigkeit dieser Differenzierung macht die Stärke des ausschließlich empirisch argumentierenden Buches aus. Wampold bezieht keine Studien ein, die länger dauernde Therapien untersucht hätten; das mag eine Schwäche sein, ist aber wohl eher der Situation in den USA geschuldet. Hier werden überhaupt nur kürzere Therapien kassenfinanziert; die Forderung der American Psychological Association nach einem rigiden Kriterienkatalog, um „empirically supported therapy“ (EST) von empirisch nicht-gestützten Therapien unterscheiden zu können (vgl. dazu Buchholz 2000), hat erhebliche Verwüstungen hinterlassen, die leider in Deutschland noch nicht überwunden sind. Aber dies Buch wird beitragen, diese Verwüstungen zu korrigieren. Wampold ist hier ganz klar: Ein solcher Kriterienkatalog kann nur auf dem Hintergrund eines „medical model“ Sinn machen – und umso brisanter, auch in berufspolitischer Hinsicht, wird es, wenn seine streng empirisch ausgerichtete Argumentation zeigt, daß so weder sinnvolle Forderungen erhoben noch politische Entscheidungen über den Ausschluß bestimmter Verfahren begründet werden können.

Genauestens beschreibt der Autor nun methodische Fragen, z.B. das „dismantling design“. Eine Therapie wird durchgeführt, um dann einzelne ihrer Elemente zu entfernen oder hinzuzufügen. Man kann erwarten, so die spezifisch wirksamen Ingredienzien zu entdecken – doch leider ist dem nicht so. Selbst wenn man traumatisierte Patienten mit EMDR behandelt und sie nicht dem Zeigefinger des Therapeuten folgen, sondern einen festen Punkt fixieren läßt, stellen sich Effekte ein. Das aber widerspricht der physiologischen Erklärungshypothese radikal. Genauestens wird erklärt, und man muß kein Statistik-Experte sein, um folgen zu können, wie Meta-Analysen angelegt sind und was ihre methodischen Fallstricke sind.

Ein Beispiel: Meichenbaum, ein Verhaltenstherapeut, entwickelte eine „Self Statement Modification“-Therapie (SSM): Patienten könnten ihre negativen Selbst-Statements modifizieren lernen, um zu mehr Selbstbewußtsein zu gelangen. Wampold zitiert nun eine Meta-Analyse, die auf 69 Studien basiert, worin SSM mit anderen Verfahren, wie Ellis' rational-emotiver Therapie und Kontroll- bzw. Placebo-Gruppen verglichen wird. Die Daten sprechen eindeutig für SSM. Unterscheidet man aber die Studien, in denen Meichenbaum Autor oder Co-Autor war von jenen, die er nicht mitverfasst hat, sieht das Ergebnis ganz anders aus. Die von Meichenbaum mit verfassten Studien weisen alle für SSM höhere Effektstärken aus als jene Studien, in denen Meichenbaum kein Autor war. Aber nicht nur das. In den ohne ihn verfassten Studien sind auch die Effektstärken der non-SSM-Gruppen wesentlich höher – ein Befund, der klar für das „contextual model“ spricht.

Systematisch wird dann gezeigt, daß alle Psychotherapien erfolgreich sind und in einzelnen Studien gefundene Differenzen durch statistische Streueffekte zu erklären sind. Wampold nimmt nach Durchsicht der Befunde als gültig an, daß Psychotherapie insgesamt eine Effektstärke von 0,80 habe, d.h. etwa 75 % aller Patienten, die einen Psychotherapeuten aufsuchen, können nachweislich und gesichert davon profitieren. Das freilich gilt nicht, wenn Patienten in Studien Therapien zugeführt wurden, wo Therapeuten nur „quatschen“, um die Placebo-Bedingung zu wahren; hier gibt es keinen „Plan“ und die Therapeuten glauben selbst nicht an die von ihnen durchgeführte Therapie. Dann stellen sich auch die normalerweise erwartbaren Effektstärken nicht ein – wiederum ein klarer Befund für CM, denn das „contextual model“ impliziert, daß ein Therapeut, der nicht an seine eigene Behandlung „glaubt“, auch Glaube und Hoffnung seines Patienten zerstört.

Konsequent argumentiert Wampold auch gegen die Forderung, Psychotherapie in bio-statistischen Designs zu prüfen; das gehe schon deshalb nicht, weil Therapeuten nicht „blind“ sein können für die von ihnen verabreichte „Medizin“. Was bei der Prüfung eines Medikamentes ein sinnvolles Unternehmen ist, verliert seinen Sinn im Fall der Psychotherapie.

In folgenden Kapiteln prüft Wampold die Befunde zu allgemeinen und spezifischen Effekten, zur therapeutischen Allianz, zur sog. Adhärenz (inwieweit Erfolge davon abhängen, daß Therapeuten an ihre Methode glauben) und schließlich zu den Therapeuten-Effekten. Hier wird die Sache auch für diejenigen extrem spannend, die Befunde zu langen Therapien suchen. Es zeigt sich überall, daß die Vergleiche zwischen verschiedenen Therapietechniken bzw. -methoden weit weniger groß sind als die Unterschiede innerhalb derselben Schulen, aber zwischen den verschiedenen Therapeuten (so kürzlich auch Najavits 2001). Und es zeigt sich, daß jene Therapeuten die besseren Erfolge haben, die nicht auf Technik setzen, sondern auf den Kontakt; die nicht eine quasi-biologische, sondern eine psychologische Hypothese verfolgen; die nicht glauben, das Problem sei durch Psycho-Technik rasch zu lösen, sondern die von Anfang an wissen, das psychische Entwicklung Zeit braucht und verbraucht. Hier finden die psychoanalytischen Erfahrungen in Klinik und Ausbildung ihre empirische Stützung, wenn auch noch nicht unbedingt Bestätigung. V.a. scheint es auf die Fähigkeit der Therapeuten anzukommen, sich nicht „verwickeln“ zu lassen, das Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten und auf Gegenaggression im Fall „schwieriger“ Patienten zu verzichten – das aber, so schon der systemische Therapeut Dell (1986), spreche für aufwendige Ausbildungen von Psychotherapeuten, wie sie nur die psychoanalytische Tradition biete.

Wampold zieht Folgerungen, die auch für die bundesdeutsche Diskussion Bedeutung haben. Forschungsmäßig scheint klar, daß das Studium des Prozesses, nicht mehr des outcome, größtes Interesse beanspruchen kann, daß hier qualitative Studien Gewicht gewinnen werden; prägnanter scheint hervorzutreten, daß Patienten v.a. bestimmte „worldviews“ haben und innerhalb derer bekommen ihre Gefühle jenes konflikthafte Gewicht, das ihnen zu schaffen macht. Gefühle an sich sind in Therapien nur phasenweise Thema, sie werden von Weltbildern geordnet und strukturiert. Die Suche nach den spezifischen Ingredienzien des Therapiecocktails erhält einen besonderen Dreh: „...the therapist needs to realize that the client’s belief in the explanation for their disorder, or complaint is paramount...“ (218). Die Behandlung muß im Sinne einer adaptiven Indikation dazu passen. Deshalb kann Wampold in aller Schärfe nur empfehlen, die EST-Kriterien ohne Wenn und Aber zu verabschieden – eine Folgerung, die für die Beschlüsse des wissenschaftlichen Beirats zum Psychotherapeutengesetz nicht ohne Folgerung bleiben kann; dies besonders deshalb, weil hier ein strikt empirisch argumentierendes Buch vorliegt. Daß diese empirischen Befunde nicht für eine quasi-medizinische Forschungsstrategie sprechen, daß sie nicht dafür sprechen, Psychotherapie als medizinisches Unternehmen aufzufassen, bedeutet in keiner Weise einen Angriff auf Ärzte als Psychotherapeuten. Es bedeutet eher eine Stärkung jener Position, die psychoanalytisches Denken stärker in der Medizin verankern wollte, wie es von Balint inauguriert wurde – weil die Medizin dieses Denken gebrauchen kann, auch wenn es ganz anderen Ursprungs ist. Es bedeutet, daß über diese Dinge neu nachgedacht werden muß – auf dem Boden harter empirischer Daten.

Beide Momente; die Überwindung der Medizinalisierung und das gerade durch empirische Forschung, hätte, da darf man wohl sicher sein, Sigmund Freud in der Tat gefreut.

*Michael B. Buchholz (Göttingen)*

#### Literatur:

Buchholz, M.B. (2000): Effizient oder Qualität – Was in Zukunft gesichert werden soll. Forum der Psychoanalyse 16, 59-80

Dell, P.F. (1986): Klinische Erkenntnis. Dortmund (Verlag modernes Lernen)

Kiceluk, S. (1993): Der Patient als Zeichen und Erzählung: Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte. Psyche – Z Psychoanal 47, 815-854

Najavits, L.M. (2001): Helping „Difficult“ Patients. Psychotherapy Research 11, 131-152