

## DISKUSSION

Wampold, B.E. / Z.E. Imel (2015) *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Second Edition. New York: Routledge

---

Peter Kaimer & Hans Preß<sup>1</sup>

0.

Wenn die Wirklichkeit, welche Wampold und Imel uns in ihrem Buch präsentieren, wahr ist, dann sollte das für die Praxis der Psychotherapie und besonders für die Art der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut(inn)en gravierende Auswirkungen haben. Besonders zu letzterem wird am Ende dieser Besprechung Stellung genommen. So viel zur Vorsicht jedoch gleich zu Beginn: wir sind entschiedene Sympathisanten dieser Wirklichkeit.

Wir wollen in unserer Darstellung des Buches drei Schwerpunkte setzen, die uns besonders überzeugend und für unser Verständnis wichtig erschienen: den Bezug zur philosophischen Rückbindung und Einordnung des Unternehmens, die einander gegenüber gestellten theoretischen Modelle und die Ergebnisse der Forschungsstudien. Anschließend werden die Folgerungen für Praxis und Ausbildung präsentiert.

1.

An den Anfang des Buches stellen die Autoren eine wissenschaftstheoretische Selbstverortung. Dabei beziehen sie sich auf die im Rahmen des Kritischen Rationalismus erfolgte Weiterentwicklung des Popperschen Prinzips der Falsifikation durch Lakatos<sup>2</sup>. Unter dieser Konzeption, welche vom wissenschaftlichen Mainstream weitgehend (wenngleich oft folgenlos) geteilt wird, kann der Kern eines theoretischen Modells nicht falsifiziert werden. Die davon abgeleiteten Anwendungen, Annahmen und Voraussagen jedoch sehr wohl. Kommt es zu einer solchen Widerlegung, dann bleibt den Vertreter(inne)n des zugrunde liegenden Modells immer wieder die Möglichkeit der Konstruktion von Zusatzannahmen, um das Modell zu „retten“. Im „Wettstreit“ der Modelle wäre dann jedoch jenes zu bevorzugen, welches angesichts der Forschung und der in diesem Zusammenhang widerlegten Annahmen und Voraussagen sparsamer mit Zusatzannahmen agieren kann und muss. Wir finden diese Art der Einleitung und Selbstverortung deshalb so erfreulich, weil sie aus unserer Sicht redlich ist. Erstens wird auf allgemein anerkannte wissenschaftstheoretische Konzeptionen Bezug genommen und zweitens eröffnet dies unterschiedlichsten Modellen die gleichen Chancen in den Wettstreit und die damit verbundenen Diskussionen bezüglich des Wahrheitsgehalts der Modelle einzutreten. Unredlich fanden wir hingegen den Versuch von gewissen prominenten Vertretern der psychotherapeutischen Forschungsgemeinschaft die Ergebnisse der ersten Auflage des Buches, welche in eine vergleichbare Richtung wiesen, mit Verweis auf die offen vom Autor bekannte Tatsache einer Inanspruchnahme eigener Psychotherapie zu entwerten und Wampold selbst damit zu diffamieren (vgl. Barlow 2010).

---

1  This work is licensed under the Creative Commons Namensnennung 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

2 Siehe [https://de.wikipedia.org/wiki/Imre\\_Lakatos](https://de.wikipedia.org/wiki/Imre_Lakatos) (Anm. d. Red.)

2.

Der darauf folgende Schwerpunkt stellt zwei theoretische Modelle einander gegenüber. Dem Medizinischen Modell psychischer Störung, welches den gegenwärtigen Mainstream repräsentiert, stellen die Autoren ihr Kontextuelles Modell gegenüber. Wenn man dies holzschnittartig tut, dann geht es im Medizinischen Modell vorrangig um die Annahme einer Überlegenheit von bestimmten Methoden, Vorgehensweisen oder ganzen psychotherapeutischen Schulen im Zusammenhang mit einer bestimmten diagnostizierten psychischen Störung. Die Tatsache, dass diese Vorgehensweise von einer bestimmten Person (Psychotherapeut(in)) einem(r) bestimmten Klienten(in) oder Patienten(in)<sup>3</sup> unter bestimmten sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen sowie weiteren Voraussetzungen angeboten wird, wird zwar anerkannt, jedoch als weniger bedeutend bis vernachlässigbar eingeschätzt. Was zählt ist die Technik oder Methode bei einer gegebenen Störung.

Im Gegensatz dazu geht das Kontextuelle Modell von Wampold und Imel vergleichbar der Tradition der Forschung zu den sogenannten „Common Factors“ von drei entscheidenden Bedingungen für eine erfolgreiche Psychotherapie aus:

- erstens von der ganz besonderen Bedeutung einer „echten“ Beziehung zwischen Therapeut(in) und Klient(in), gekennzeichnet durch Interesse und bedingungslose positive Zuwendung, Empathie und Wertschätzung, Respekt und Echtheit
- zweitens von der kontinuierlich ausgehandelten Übereinstimmung hinsichtlich der anzustrebenden Ziele und Vorgehensweisen zwischen Klient(in) und Therapeut(in) im Rahmen der Psychotherapie
- drittens dem Angebot einer klar und transparent formulierten strukturierten therapeutischen Vorgehensweise im Sinne eines plausiblen Ritus zur Bearbeitung der vorgebrachten Beschwerden oder Störungen

*Exkurs:* Ein bisschen irritierend mag für Leser(innen), die sich noch an die heftigen Debatten der 70er-Jahre speziell im deutschsprachigen Raum erinnern, die Verwendung der Bezeichnung „Medizinisches Modell“ durch Wampold und Imel sein. Damals hatte die Verhaltenstherapie vehement ihr „Sozialwissenschaftliches Modell“ gegen ein „Medizinisches Modell“ gesetzt. Mit medizinischem Modell wurde im Wesentlichen ein in Anlehnung an die somatische Medizin konstruiertes Modell der tiefenpsychologischen und analytischen Kolleg(inn)en bekämpft, welches auf die Aufdeckung einer hinter einem gegebenen Symptom stehenden Störungskonstellation als Ursache setzte. Dem setzte und setzt nach wie vor die Verhaltenstherapie ihr Modell der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen entgegen (siehe auch Hofmann 2015, der sich sehr kritisch mit Wampold und Imel auseinandersetzt). Im Laufe der Forschungsgeschichte zur Psychotherapie aber auch im Laufe der gesundheitspolitischen Entwicklung speziell in der Bundesrepublik verlagerte sich die Frage der Effektivität und Effizienz von Psychotherapie jedoch zunehmend auf die Überlegenheit spezifischer Techniken bei der Bearbeitung spezifischer diagnostisch festgelegter Störungen. Und da die Verhaltenstherapie hier ihre eindeutige Überlegenheit gegenüber anderen Ansätzen behauptet(e), wurde sie unter dieser Perspektive nun selbst Teil des zuvor von ihr abgelehnten und nun mit neuem Akzent versehenen „Medizinischen Modells“.

---

3 Wir verwenden die Begriffe Klient(in) versus Patient(in) hier weitgehend synonym und verzichte auf eine tiefer gehende Diskussion der Vor- oder Nachteile der Verwendung der Begrifflichkeiten bzw. der dahinter stehenden Traditionen.

3.

Zu mehreren vermuteten Faktoren machen die beiden Modelle jeweils Voraussagen. Wir wollen nun einige uns für Ausbildung und Praxis besonders wichtige Faktoren etwas näher benennen. Doch zuerst gewissermaßen als Überblick eine grafische Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Punkte aus dem Buch:

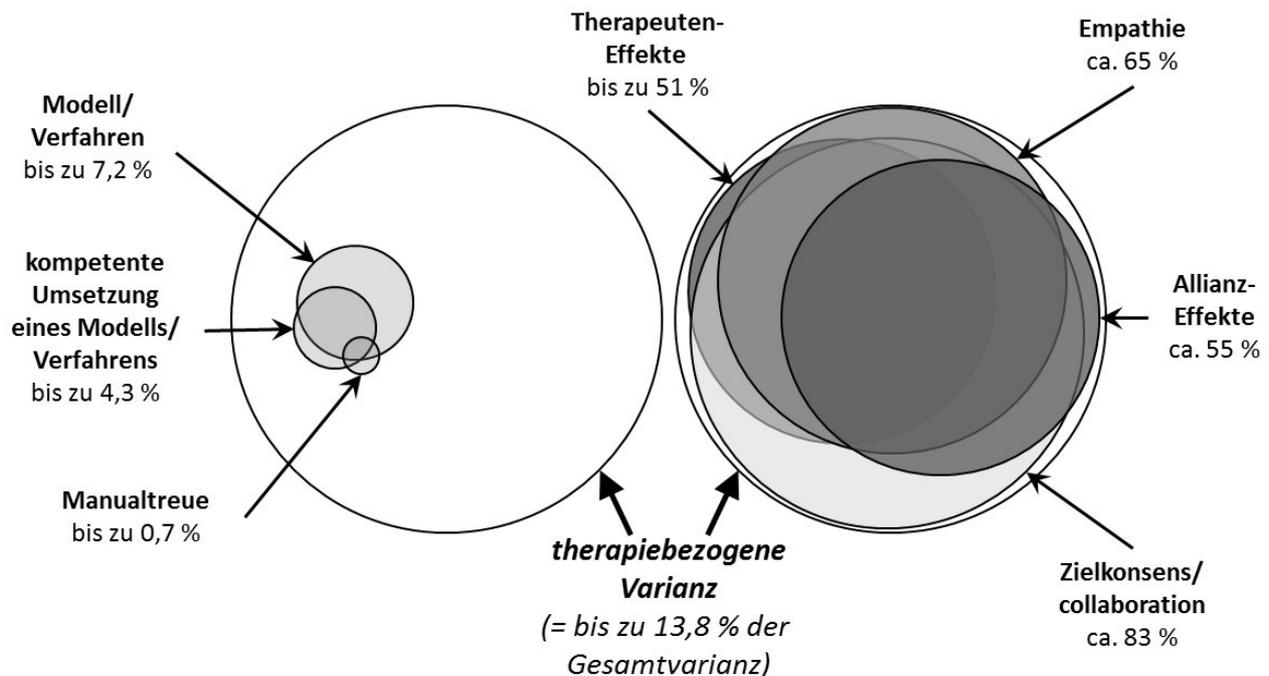


Abb.: Veranschaulichung der prozentualen Anteile an der Aufklärung therapiebezogener Varianz auf Basis der von Wampold & Imel präsentierten Daten (vgl. Tabelle 9.1, S. 257). Die sich überlappenden Kreise symbolisieren die sich teils deutlich überschneidenden bzw. voneinander abhängigen Konstrukte. Zur besseren Übersicht sind die Anteile auf zwei Kreise verteilt, welche jeweils die Größe der therapiebezogenen Varianz darstellen (13,8% der Gesamtvarianz). Der linke Kreis beinhaltet dabei die eher für ein Medizinisches Modell, der rechte die eher für ein Kontextuelles Modell relevanten Faktoren.

Was sind nun die Voraussagen und Vermutungen, welche Wampold und Imel aus den beiden Modellen aufgrund ihrer zugrunde liegenden Konstruktion für die konkrete Praxis ableiten? Diese jeweiligen Annahmen werden empirisch mittels einer Fülle von Forschungen - bevorzugt mit sogenannten Meta-Analysen – diskutiert.

3.1

Das Medizinische Modell sagt genau wie das Kontextuelle Modell die Überlegenheit von Psychotherapie gegenüber Nicht-Behandlung oder Placebo (also eine Art Scheinbehandlung) voraus. Hier stimmen beide Modelle überein und es gibt tatsächlich eine überzeugende Datenlage dafür, dass Psychotherapie wirkt und in welchem durchschnittlichen Ausmaß sie wirkt. Die in der Grafik dargestellte, auf Therapie zurückführbare Varianzaufklärung von 13,8 % erscheint dabei zunächst gering. Sie lässt sich aber in das anschaulichere Maß der *numbers needed to treat* (NNT)<sup>4</sup> von ca. 3 überset-

4 NNT: „which is defined as the number of patients who need to receive the treatment to achieve one additional success via-á-vis the control condition“ (im Buch Seite 72) - für eine deutschsprachige Einführung siehe: [http://flexikon.doccheck.com/de/Number\\_needed\\_to\\_treat](http://flexikon.doccheck.com/de/Number_needed_to_treat) (Anm.d.Red.)

zen, oder in die Aussage, dass es ca. 80 % der Therapiegruppe besser geht als dem Durchschnitt der Kontrollgruppe. Diese Veränderungen sind im Vergleich mit vielen anderen Standardverfahren der Medizin relativ groß.

### 3.2

Bezüglich dieser Überlegenheit hat jedoch das Medizinische Modell die Annahme, dass sich die festgestellte Überlegenheit auf die Wirkung ganz klarer Techniken oder Methoden („specific ingredients“) zurückführen lässt, welche passgenau zu einer vorher festgelegten Diagnose - am besten manualisiert - verabreicht werden. Zusätzlich entscheidend ist die Genauigkeit mit der sich Therapeut(inn)en an die Vorgaben des Manuals halten („adherence“), sowie die Kompetenz zur Umsetzung des Modells im individuellen Fall („competence in delivering particular treatment“). Demgegenüber vertritt das Kontextuelle Modell die Vermutung, dass sich die Überlegenheit von Psychotherapie wesentlich durch die sogenannten „Common factors“ erklären lässt. Diese Annahme wurde bereits vor langer Zeit als Dodo-Bird-Hypothese vorgetragen. In Anlehnung an eine Szene aus „Alice in Wonderland“ um einen etwas wirren Wettstreit sollten alle Beteiligten einen Preis bekommen, da sie alle gewonnen hätten (vgl. Budd & Hughes 2009). Übertragen auf Psychotherapie wurde argumentiert, dass es Wirkfaktoren gäbe, welche in jeder ernsthaften Psychotherapie zum Tragen kämen und welche weniger mit der jeweiligen Schule oder der aus ihrem Verständnis abgeleiteten Technik zu tun hätten. Im Gefolge der Voraussage müsste es also in den Analysen Hinweise dafür geben, dass es keine oder nur marginale Überlegenheiten einzelner therapeutischer Ansätze gibt. Für diese Annahme liefern nun Wampold und Imel eine Fülle von Belegen. In all den Fällen, wo sich z.B. Kognitive Psychotherapie als überlegen gegenüber anderen Ansätzen zeigt, ist diese Überlegenheit klein und üblicherweise auf das Symptom, auf welches die Technik zielte, begrenzt (sog. primäre Ergebnismaße). Keine Unterschiede gibt es jedoch bezüglich der erreichten Lebensqualität und des gesunden psychologischen Funktionierens (sog. sekundäre Ergebnismaße). Diese von Wampold und Imel auf der Basis von Originalstudien und Meta-Analysen gezogenen Schlüsse werden übrigens auch in einer aktuellen Meta-Studie von Marcus et al. (2014)<sup>5</sup> untermauert.

*Exkurs:* In diesem Zusammenhang scheint es uns spannend auf den sogenannten „Allegiance-Effekt“ hinzuweisen, der von Wampold und Imel thematisiert wird. Bezeichnet wird damit ein Effekt, der sich zeigen lässt, wenn die „Loyalität“ der Autoren von Originalstudien in Meta-Analysen als unabhängige Variable berücksichtigt wird. In der Regel lässt sich ein Teil der Ergebnisvarianz darüber aufklären. In einer neueren Studie wurde die Korrelation zwischen Allegiance und Ergebnis mit  $r=.262$  berechnet, was sich in eine moderate Effektstärke von  $d=.54$  umrechnen ließe (vgl. Munder et al. 2013). Es steht zu vermuten, dass sich dieser für Forschungsaktivitäten als gesichert geltende Effekt auch auf die Therapeut(inn)en übertragen lässt, also auch in der konkreten Therapieinteraktion die Überzeugungen und Vorlieben hinsichtlich einer bestimmten Vorgehensweise Auswirkungen auf das Ergebnis haben. Dabei ist es überhaupt nicht notwendig, dass bewusst manipuliert wird. Auf der anderen Seite werden Therapeut(inn)en schlechtere Ergebnisse erzielen, wenn sie ihren Klient(inn)en etwas anbieten sollen, wo sie nicht mit Überzeugung dahinter stehen. Und das gilt z.B. auch, wenn sie manualtreu vorgehen sollen, obwohl sie das nicht persönlich vertreten können. Umgekehrt wird sich natürlich die positive persönliche Überzeugung bezüglich eines Angebots an Klienten auch im Ergebnis zeigen. In diesem Zusammenhang zeigt sich das ganze Dilemma des Versuchs Forschungsmodelle aus der Pharmakologie zu übernehmen. Ist es schon unter dortigen Bedingungen sehr schwierig eine Doppelverblindung zu erreichen, so ist das unter den Bedingungen psychotherapeutischer Arbeit nahezu unmöglich.

---

5 Eine zusammenfassende Darstellung der Untersuchung präsentiert Preß (2015).

### 3.3

Während im Rahmen des Medizinischen Modells die Bedeutung der Therapiebeziehung bzw. der therapeutischen Allianz nicht geleugnet wenngleich im Vergleich zur Technik marginalisiert wird, steht sie im Kontextuellen Modell an prominenter erster Stelle. Die Forschung hierzu ist eindeutig. Eine robuste, vertrauensvolle, empathische Beziehung zwischen Therapeut(in) und Klient(in), in welcher sich die Klient(inn)en sicher und gut aufgehoben fühlen, welche durch einen Konsens bezüglich der Ziele und Mittel sowie eine kollaborative Zusammenarbeit gekennzeichnet ist, lässt mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Therapieerfolg erwarten (vgl. u.a. verschiedene Kapitel in Norcross 2011). Und hier dürften es vor allem die subtilen interpersonellen Fähigkeiten der Therapeut(inn)en sein, unterschiedlichsten Klient(inn)en entsprechende Beziehungsangebote zu machen. Dabei zeichnen sich die Therapeut(inn)en auch dadurch aus, eigene Wahrnehmungen nicht unhinterfragt als gewiss zu nehmen, sondern sich kontinuierlich Feedback von ihren Klient(inn)en hinsichtlich der erzielten Fortschritte ebenso wie hinsichtlich der therapeutischen Allianz zu holen. Ergänzend gibt es Hinweise, dass diese Therapeut(inn)en sich auch kontinuierlich weiterbilden und Interesse an Forschungsergebnissen haben.

Diese „begabten“ Therapeut(inn)en treten nun jedoch nicht innerhalb einer Schule auf, sondern über die Schulen hinweg, so dass ihre Erfolge auch innerhalb eines Schulenspektrums signifikant streuen. Immerhin klären Therapeuteneffekte gut 50 % der therapiebezogenen Varianz auf, ein relativ hoher Prozentsatz, verglichen mit z.B. nur knapp über 7 % Varianzaufklärung durch Technik/Verfahren.

### 3.4

Das Medizinische Modell würde voraussagen, dass Therapeut(inn)en, welche eine spezifische Technik manualgetreu umsetzen, auch bessere Ergebnisse erzielen. In der Folge der Erfahrung mit diesen Vorgehensweisen müssten auch allgemein die Therapien erfolgreicher werden. Demgegenüber zielen die Annahmen des Kontextuellen Modells auch hier vorrangig auf die Qualität der „echten“ Beziehung sowie die Aushandlung der Ziele und Methoden, wie diese zu erreichen seien. Auch hier spricht sehr viel für die Annahmen des Kontextuellen Modells, da es keine Belege dafür gibt, dass Manualtreue und Erfahrung mit bestimmten Techniken allein bessere Therapien zur Folge hat. Grundsätzlich scheint aber zu gelten, dass Struktur und Orientierung eine wichtige Sache im Rahmen erfolgreicher Therapien ist und thematisches Vagabundieren eher kontraproduktiv. D.h. Klient(inn)en brauchen ein klares und für sie plausibles therapeutisches Angebot mit einzelnen Schritten bezogen auf ein gewünschtes Ziel. Letzteres wäre im Sinne beider Modelle. Ohne die Voraussetzung einer stimmigen therapeutischen Allianz scheint Struktur allein jedoch keine Öffnungsbereitschaft bei Klient(inn)en und ein Einlassen auf die angebotene Therapie zu erlauben.

### 3.5

Generell bleibt jedoch festzuhalten, dass ein Teil der Varianz, welche auf Therapie (und deren Erfolg) zurückführbar ist, selbst nicht aufgeklärt ist. In einer ersten Auflage der „Great Psychotherapy Debate“ gibt Wampold (2001) diesen Anteil mit ca. 22% an (S. 207) und vermutet, dass sich dieser v.a. auf Klientenfaktoren zurückführen lassen dürfte. Auch von anderen Forschern sowie Nutzern dieser Forschungsergebnisse, wurde angenommen, dass die restliche, nicht geklärte Varianz in Besonderheiten der Klientin (des Klienten) und ihrem (seinem) sozialen Umfeld liegt (vgl. z.B. Lambert, 1992, 2015).

Was die nicht auf Therapie zurückführbare Varianz von 86,2% angeht, ist es ebenso durchaus plausibel zumindest einen Teil davon durch Klienten-Effekte zu erklären. Allerdings muss klar betont werden, dass wir an dieser Stelle reine Vermutungen strapazieren und nichts Genaues wissen. Dies

sollte bezüglich einer Ausbildung für Psychotherapeut(inn)en nachdenklich stimmen und wirft natürlich auch Fragen hinsichtlich des Verhältnisses der therapeutischen Aktivitäten im Vergleich zur Bedeutung von Faktoren des sozialen Netzwerks bzw. des normalen Alltags unserer Klient(inn)en und ihres Funktionierens in diesem Alltag auf.

4.

Wenn die Wirklichkeit, welche Wampold und Imel uns in ihrem Buch präsentieren, wahr ist, dann sollte Ausbildung ihr Hauptaugenmerk auf folgende Punkte richten:

4.1

Ein kontinuierlicher Schwerpunkt sollte auf die Fähigkeiten von Therapeut(inn)en gelegt werden, ein breites Spektrum an Beziehungsangeboten zu machen, so dass sich eine „echte“ Beziehung im Sinne von Wampold & Imel entwickeln kann. Da es sich dabei nicht um eine Technik, welche lehrbuchartig vermittelbar ist, handelt, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche solche Fähigkeiten fördern. Im Gegensatz zur gängigen Praxis, zumindest in dem uns bekannten Feld der Ausbildung<sup>6</sup> hieße das, intensive erfahrungsorientierte Rollenspiele zur Beziehungsaufnahme und -gestaltung im Sinne wertschätzender, empathischer, nicht wertender Beziehung, kontinuierliche Angebote als Modell durch die Supervisor(inn)en im Praxisalltag sowie später kontinuierliche Live-Supervision der Ausbildungskandidat(inn)en gerade in den ersten Jahren ihrer Praxisausbildung. Es müsste also eine geradezu radikale Verschiebung vom *Modus des Redens* über Beziehung sowohl in der Phase der Vermittlung therapeutischer Basisfertigkeiten wie auch im Rahmen der Supervision zum *Modus des gemeinsamen Erlebens* geben (z.B. videogestützte Trainingseinheiten und Live-Supervision). Gerade im Rahmen der Supervision scheint ja die Reflexion der Konstruktionen der Supervisand(inn)en die Regel zu sein, was in den jeweiligen Therapien wirklich passiert bleibt leider außen vor. Dies heißt nun nicht, dass diese Reflexion im Rahmen von Ausbildung nicht nützlich sei. Es geht hier um die Gewichtung.

Eine sicherlich schwierige Frage hierbei ist die Einschätzung hinsichtlich der Trainierbarkeit dieser Fähigkeiten. Während manche Autoren hier sehr optimistisch argumentieren, wäre auch eine Strategie der Selektion denkbar – dies wirft allerdings weitere Fragen hinsichtlich der Kriterien und des Zeitpunkts für eine solche Selektion auf. Voraussetzung für Selektion wäre notwendigerweise, dass wir klar wissen, welche konkret beobachtbaren Merkmale Therapeut(inn)en im Kontakt mit Klient(inn)en realisieren müssen, um effektive Beziehungen zu fördern. Wir wissen jedoch aktuell zwar, dass die von Klient(inn)en wahr genommene Empathie mit dem Therapieerfolg korreliert, nicht jedoch (genau), wie effektive Therapeut(inn)en diese Beziehungsqualität fördern. Hier ist also sowohl Forschung vonnöten, welche die Klienten in ihrer Wahrnehmung und wahrscheinlich auch der Variabilität der Wahrnehmung in den Fokus nimmt, als auch Forschung, welche systematisch Therapeutenverhalten dazu in Beziehung setzt. Wir wissen allerdings zumindest ansatzweise, was eher schädlich für eine „echte“ Beziehung ist (z.B. entwertende, wenig feinfühlig, übermäßig paternalistische Beziehungsgestaltung). Bis weitere belastbare Forschungsergebnisse vorliegen, bleiben uns folglich vor allem plausibel argumentativ formulierte Rahmenbedingungen von Ausbildung zu Beziehungsgestaltung:

- Sammlung und Wertschätzung bereits vorhandener sozialer und intellektueller Basisfertigkeiten der Beziehungsgestaltung im Sinne einer Ressourcenaktivierung

---

6 Unsere Erfahrungen mit Ausbildung stammen aus 30 Jahren Dozenten- und Supervisorentätigkeit für 6 verhaltenstherapeutische und 2 systemische Ausbildungsinstitute (PK) bzw. aus 7 Jahren Dozententätigkeit für mehrere verhaltenstherapeutische Institute (HP). Hier liegt natürlich auch unsere Einschränkung was andere therapeutische Ansätze und deren Ausbildung betrifft.

- intensive Trainingseinheiten zum Aufbau und zur Erweiterung dieser Basisfertigkeiten, um eine möglichst große Flexibilität für unterschiedlichste Klient(inn)entypen anbieten zu können
- Ermutigung zur Entwicklung eines individuellen konsistenten Stils, der sich im Laufe der Ausbildung aus der Verschränkung der Utilisation von bereits vorhandenen Fertigkeiten, der Entwicklung und Förderung trainierbarer Anteile aber auch der Reflexion eigenen therapeutischen Handelns herausbilden kann

Ein zukünftiges Ziel für die Ausbildung der Psychotherapeut(inn)en im Sinne des Kontextuellen Modells sensu Wampold und Imel wäre also eine kluge Kombination von Selektion (dazu brauchen wir konkretes Wissen), Training und Reflexion. Hier sollte allerdings auch nicht unter den Tisch fallen, dass wir dazu dementsprechende Lehrtherapeut(inn)en brauchen, die gute Modelle sind und auch bereit sind, sich als solche zu zeigen.

*Exkurs:* Jenseits von Ausbildung halten wir die gegenwärtige Struktur der psychotherapeutischen Versorgung für äußerst unbefriedigend. Über die von der Kassenärztlichen Vereinigung vergebenen sogenannten Kassensitze werden standardmäßig die Leistungen der Krankenkassen vergütet. Ob ein(e) Therapeut(in) gute oder schlechte Beziehungen aufbauen kann, wird bei der Vergabe nicht geprüft, da dies via Ausbildung und Approbation als gegeben angesehen wird. Die Klient(inn)en haben dann aufgrund des ungünstigen Verhältnisse zwischen Angebot und Nachfrage auch nur sehr beschränkte Wahlmöglichkeiten innerhalb der zugelassenen Kolleg(inn)en. Eine Korrektur via „Abstimmung mit den Füßen“ ist nicht möglich, weil die Alternative des sogenannten Erstattungsverfahrens für nicht zugelassene Kolleg(inn)en von Kassen ohne weiteres blockiert werden kann. Eine Korrektur über Erfolgsmaße, welche zumindest Anlass für Empfehlungen zu erneuter und gezielter Weiterbildung sein könnte, ist nicht vorgesehen.

#### 4.2

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aushandlung der therapeutischen Ziele und die Vermittlung und Vereinbarung eines plausiblen, strukturierten Vorgehens. Teilweise gilt hier das unter Punkt 4.1 Gesagte. Also: Einüben von Handwerkszeug zur Motivationsklärung, Zielklärung und Zielaushandlung in Rollenspielen. Anbieten eines Rahmens für die geplante Vorgehensweise, so dass für Klient(inn)en Orientierung angeboten wird. Und dies alles auch als Modell und unter kontinuierlicher Live-Supervision.

Da nun gerade bei diesem Feld Feedback durch Klient(inn)en besonders wichtig erscheint, sollte hier entweder mit geeigneten Prozessfragebögen (z.B. ORS oder SRS siehe Miller & Duncan 2004, Miller et al. 2006) oder aber mit der Anleitung zum geeigneten Abrufen von Feedback durch die Klient(inn)en geübt werden. Besonderes Augenmerk sollten Lehrtherapeut(inn)en dabei auf die Bereitschaft und Fähigkeiten ihrer Ausbildungsteilnehmer(innen) legen, dieses Feedback nicht nur formal abzufragen sondern auch anzunehmen und zu nutzen.

#### 4.3

Auch wenn die jeweiligen Vorgehensweisen, Methoden oder Techniken allein keinen Erfolg garantieren, wie wir gesehen haben, so sollte doch jede(r) Therapeut(in) ausreichende Kenntnis unterschiedlicher Vorgehensweisen, wie sie hinsichtlich relevanter Wirkfaktoren erforscht wurden, haben. Wenn man z.B. den Wirkfaktoren von Therapien sensu Klaus Grawe - Ressourcenaktivierung, Intentionsrealisierung, Intentionsklärung und Prozessaktualisierung - folgen mag (vgl. z.B. Grawe 2000), dann ergibt sich als naheliegende Schlussfolgerung die Suche nach zu diesen Wirkfaktoren passenden Methoden – auch wenn diese verschiedenen Therapieschulen entsprungen sind - und damit eine Perspektive einer Methodenintegration. Es versteht sich also von selbst, dass hier an ein

breites Spektrum an Methoden aus vielen Strömungen der Psychotherapie, welche sich auf wissenschaftliche Grundlagen stellen und auch für Forschung geöffnet haben, gedacht ist. Aus diesem Fundus an bewährten Methoden werden sich die jeweiligen Ausbildungskandidat(inn)en mit Unterstützung ihrer Lehrtherapeut(inn)en die zu ihrer Persönlichkeit passenden und für sie gut vertretbaren Vorgehensweisen aussuchen.

#### 4.4

Bleibt der etwas unbefriedigende Umstand, dass die therapiebezogene Varianz zwar im Vergleich zu vielen anderen Behandlungen des medizinischen Bereichs relativ hoch ist (NNT= 3 verglichen z.B. mit NNT=12 Gripeschutzimpfung verglichen mit Placebo in der Prävention von Grippeerkrankungen, siehe Seite 71 im besprochenen Buch<sup>7</sup>), jedoch aufgrund unaufgeklärter Varianz anzunehmen ist, dass außertherapeutische Faktoren bezüglich des Erfolgs einer Psychotherapie eine eminent wichtige Rolle spielen. Die aus unserer Sicht vorsichtig logische Schlussfolgerung ist, dass Lehrtherapeut(inn)en ebenfalls als Modell mögliche außertherapeutische Effekte zum Gegenstand der therapeutischen Überlegungen – mit und ohne Klient(in) – machen. D.h. sich einerseits in den Sitzungen und damit Supervisionen mehr für das zu interessieren, was zwischen den Sitzungen passiert, mehr die Qualitäten der Klient(inn)en in deren Alltagswelt in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken, sowie der oftmals beschworenen Netzwerkarbeit und damit Kooperation mit anderen Helfer(innen)systemen mehr Raum in Ausbildung einzuräumen.

#### Literatur:

Barlow, D.H. (2010). The dodo bird – again – and again. *The Behavior Therapist*, 33 (1), 15-16.

Budd, R. & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict – controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 510-522.

Grawe, K. (2000<sup>2</sup>). *Psychologische Therapie*. Hogrefe: Göttingen.

Hofmann, St.G. (2015) The Strawman Debate Continues. *PsycCRITIQUES*, Sept 21, Vol. 60, No. 38; Article 8.

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. (94-129). New York: Basic Books.

Lambert, M.J. (2015) Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment. *Resonanzen*. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3(2), 87-100. Zugriff am 15.11.2015. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>

Marcus, D.K., O'Connell, D., Norris, A.L. & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34 (7), 519–530.

Miller, S.D. & Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Chicago, IL: Authors.

Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. & Chalk, M. (2006). Using formal client feedback to improve outcome and retention: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–22.

---

7 Dort findet man auch einen Link zu einer Webseite bezüglich des Themas NNT.

Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, 33, 501-511.

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.

Preß, H. (2015) Ist der Dodo ausgestorben? Eine neue Meta-Analyse zu einem alten Streitthema. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 36 (3), 269-272.

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. New York: Routledge.

### **Korrespondenzadressen:**

Dr. Peter Kaimer  
Lange Straße 2  
96047 Bamberg  
mail: [kaimer@praxis-kaimer.de](mailto:kaimer@praxis-kaimer.de)

Dr. Hans Preß  
CIP Ambulanzen Erlangen  
Bismarckstraße 9  
91054 Erlangen  
mail: [hans.press@posteo.de](mailto:hans.press@posteo.de)

### **Kurzvitae:**

Peter Kaimer, geb.1953 in Graz Österreich; Studium der Psychologie, Philosophie, Soziologie und Kommunikationswissenschaft in Graz und Salzburg; 1981 Promotion; ab 1982 in Bamberg an der Universität, Lehrstuhl Klinische Psychologie/Psychotherapie, Leitung der Psychotherapeutischen Ambulanz und Forschungsstelle, Lehrtherapeut an mehreren Ausbildungsinstituten; seit 2012 in eigener Praxis.

Hans Preß, geb. 1977 in Erlangen, Studium der Psychologie in Bamberg und Porto(Diplom 2006), danach Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) am CIP Bamberg (Approbation 2014), parallel dazu wissenschaftliche Mitarbeit am Lehrstuhl für Klinische Psychologie/Psychotherapie der Universität Bamberg, in diesem Rahmen Promotion zum Thema "Therapeutische Haltung" (2013), seit 2015 Leitung der verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz des CIP Bamberg am Standort Erlangen.