

Wissenschaftliche Evidenz für einen fälligen Wechsel hinsichtlich Forschung und Psychotherapiepolitik

Im Februar dieses Jahres hat Bruce E. Wampold, Emeritus der University of Wisconsin, Mitglied der American Psychological Association und Preisträger zahlreicher Forschungsauszeichnungen, einen beachtenswerten Artikel zur Evaluation des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) verfasst. Er legt mit seiner fundierten Bewertung anhand von zahlreichen Metaanalysen nicht nur die mangelnde Evidenz der dort angewandten Kriterien und Methodologie offen, sondern verweist auch auf die Sackgasse des universitären Mainstreams der Psychotherapieforschung und -lehre sowie auf dessen negativen Einfluss auf (versorgungs-)politische Entscheidungen. In fünf Abschnitten überprüft Wampold die wissenschaftliche Validität des Methodenpapiers des WBP, das ja vorgeblich dem Schutz der Patienten und der Verbesserung der Versorgung dienen soll.

1. Die intensive Suche nach bester evidenzbasierter Behandlungspraxis geht davon aus, dass einige psychotherapeutische Zugänge wirksamer sind als andere, entweder insgesamt oder bezogen auf spezifische Störungen. Inzwischen liegen aber zahlreiche Studien und Metaanalysen vor, die eine Gleichwertigkeit aller wissenschaftlich fundierten therapeutischen Ansätze nachweisen, soweit sie fachgerecht und mit Fokus auf die Probleme der Patienten angewandt werden und für Therapeuten und Patienten methodisch nachvollziehbar vorgehen. Die in Studien festgestellten Wirksamkeitsunterschiede zwischen Behandlungsmethoden können demgegenüber mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Studien-Charakteristika zurückgeführt werden, wie zum Beispiel auf die Wahl der Kontrollbedingungen, die Präferenzen (allegiance) der Untersucher und das Studien-Design. Wie das National Health Service in England feststellen musste, konnte auch in der Anwendung in der Versorgungspraxis trotz einseitiger Favorisierung der CBT (=Kognitive Verhaltenstherapie KVT) keine Überlegenheit gegenüber der Gesprächspsychotherapie festgestellt werden. Bezeichnend für die fehlende Bedeutung der Spezifität der KVT-Behandlung der PTSD (posttraumatische Belastungsstörung) war, dass eine als unspezifisch entworfene Vergleichsbehandlung ohne die KVT-typischen Inhalte ‚Exposition‘ und ‚kognitive Restrukturierung‘ sich als gleich wirksam erwies wie die KVT mit beiden Spezifika - bei sogar weniger drop-outs. Eine Metaanalyse über mehrere Folgestudien bestätigte diesen Befund. Wampold folgert: „Die Belege sprechen sehr für die Hypothese, dass alle psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und -methoden, die von Therapeut:innen vorgenommen werden, die an die Verfahren glauben, und die sich auf die Probleme der/des Patient:in konzentrieren, gleichermaßen wirksam sind. Demzufolge könnte jede:r Forschende die erforderliche Forschung durchführen, die es braucht, um in einer Liste evidenzbasierter Therapieverfahren und -methoden bevorzugt zu werden, solange die nötige Forschung nur durchgeführt wird.“ Wampold fasst zusammen: „Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es unterstellt, dass einige Psychotherapieverfahren und -methoden anderen überlegen sind.“

2. Das (blinde) Vertrauen auf Randomisiert -kontrollierte Studien (RCTs) der Entscheidungsträger ignoriert die erheblichen Einschränkungen der Aussagekraft dieses Studien-Design. Dieses Vertrauen ist vor allem im Bereich der Psychotherapie nicht gut begründet. So ist zum Beispiel die doppelte Verblindung, bei der der Behandelnde nicht weiß, welches das verum und welches die Vergleichssubstanz beziehungsweise das Placebo ist, absolute Voraussetzung für die Validität der

Studienergebnisse -, bei allen Psychotherapiestudien nicht möglich. Außerdem beeinflussen die Wahl der Kontrollbedingungen, die Vorlieben der Untersuchenden und das Untersuchungsdesign die Ergebnisse. Deren Übertragbarkeit auf die Versorgungspraxis ist zudem erheblich eingeschränkt, weil psychotherapeutische Patienten in aller Regel komorbid und schwerer belastet sind. Ein zentrales Element der internen Validität für Evidenzgrad 1, das Training und die Supervision der Studientherapeuten in der zu überprüfenden Methode (um die korrekte Anwendung der Interventionen, die adherence, zu gewährleisten), weicht gravierend von der Behandlungspraxis ab, in der nie die untersuchten Methoden so angewandt werden/werden können.

Daher sollten Behandlungsmethoden wegen dieser Einschränkung nicht allein aufgrund von RCTs beurteilt werden, ohne Berücksichtigung von naturalistischen Studien. Naturalistische Studien haben ergeben, dass praktizierende Therapeuten unter Anwendung eines Bündels von Methoden so gute Ergebnisse erzielen wie RCT-Studien - mit weniger Sitzungen. Es macht daher wenig Sinn, Praktiker anzuweisen, nur spezifische Behandlungsmethoden anzuwenden.

Wampold: „Das Methodenpapier ist unzulänglich, da es Belegen aus RCTs Priorität vor Belegen aus lebensnahen Settings und anderen Belegen einräumt.“

3. Bei der Suche nach spezifischen Behandlungsmethoden für spezifische Störungen geht man von der Voraussetzung aus, dass ein bestimmtes Defizit oder eine bestimmte Eigenschaft (wie zum Beispiel emotionale Dysregulation) durch eine spezifische Methode geheilt oder gebessert wird. Dazu werden fünf Möglichkeiten der Überprüfung erwähnt:

- a. Die **Vergleiche zweier Behandlungsmethoden** konnten (s. unter 1.) bei jedweder spezifischen Störung keine Überlegenheit nachweisen.
 - b. Bei der zweiten Methode zum Spezifitätsnachweis, dem **„dismantling design“**, wird ein Behandlungsarm mit dem vollen Behandlungsset für die spezifische Störung einem Vergleich mit Behandlungsarmen ohne einen oder ohne mehrere spezifische Bestandteile unterzogen. So wurde Beck's kognitive Therapie (CT) verglichen mit einer Bedingung „CT ohne schema change“ und einer Bedingung „CT ohne schema change und ohne kognitive Restrukturierung“. Das überraschende Ergebnis war, dass alle Behandlungsarme gleich wirksam waren.
 - c. Die dritte Methode untersucht Zusammenhänge zwischen (aufgezeichneten) **Therapieprozessen und Therapieergebnissen**: Alle bisherigen Untersuchungsanstrengungen konnten keine spezifischen Veränderungsmechanismen aufzeigen.
 - d. Die gelegentlich angewandte Vorgehensweise des **Vergleichs mit einer inhaltsleeren Pseudobehandlung** (als psychologisches Placebo, alternative Behandlung, supportive Behandlung) ist methodologisch unangebracht, weil die Kontrollbedingung ohne therapeutische Intention, Struktur oder Vorgehen keine Aussage zur Spezifität erlaubt.
 - e. Bei der fünften Methode, der Überprüfung der **Adhärenz zum Studienprotokoll**, konnte eine Metaanalyse keine Korrelation zum Behandlungsergebnis feststellen.
- Folglich ist laut Wampold das Methodenpapier des WBP fehlerhaft, weil es annimmt, dass spezifische Behandlungsformen aufgrund deren spezifischen Inhalte wirken.

4. Die Schwierigkeit der Eingrenzung von Psychotherapiemethoden verdeutlicht sich im Vergleich mit einem Medikament: In Studien sind und bleiben 40 mg Fluoxetin stets 40mg Fluoxetin. Ein Abweichen oder eine Verunreinigung würde jegliche Studienaussage unbrauchbar machen. Demgegenüber variiert eine manualgeleitete Therapie schon von Patient zu Patient, erst recht bei Übertragung in die Versorgungspraxis. Es gibt darüber hinaus keine Einigkeit, welche Methoden z.B. unter dem Label CBT zusammenzufassen sind, diese variieren von Metaanalyse zu Metaanalyse. Außerdem gibt es Klassifikationsänderungen im Laufe der Zeit, aber auch Wirkungsverluste. Auch bei gut definierten Behandlungsmethoden sind beachtliche Abweichungen

vom Prototyp von Studie zu Studie festzustellen. Demzufolge werden wesentliche konzeptionelle Besonderheiten der Psychotherapie bei Anerkennungsverfahren einer Behandlung durch den WBP zu störungsspezifischen Methoden ignoriert.

5. Jedoch gibt es eine **starke Evidenz dafür, dass die ignorierten Beziehungsfaktoren entscheidend für den Therapieerfolg sind**, unabhängig vom gewählten Verfahren. In dem Buch von Norcross und Lambert (2019) werden 10 Metaanalysen zu 10 bedeutenden Faktoren dargestellt, die die Bedeutung des Faktors Beziehung unterstreichen: Therapeutische Allianz, Allianz-Wiederherstellung, Qualität der Zusammenarbeit, Zielvereinbarung, Empathie, Kongruenz, die Realbeziehung, die Hoffnung auf die angestrebte Veränderung und die wahrgenommene Glaubwürdigkeit der Therapie. „Die Effekte (sind) bei diesen Beziehungsfaktoren signifikant größer (ein Vielfaches größer) als die Effekte bei den spezifischen Bestandteilen, die in Programmen mit evidenzbasierten Therapieverfahren und -methoden betont werden.“ Auch wenn viele der genannten Beziehungsfaktoren Überschneidungen aufweisen, stützt sich allein die Evidenz für die Bedeutung einer guten Arbeits-Allianz auf eine Metaanalyse von 295 Studien an über 30.000 Patienten – gleichermaßen bedeutend bei jedweder Behandlungsmethode, bei jedweder Störungsart und unabhängig von schnellen Symptomreduktionen.

Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung der Therapeuten-Effekte, die noch vor der Bedeutung der Behandlungsart rangiert. Gute Therapeuten gleich welcher Therapierichtung erzeugen gute Behandlungsergebnisse, verfügen über starke Allianzbildung bei einer Vielzahl von Patienten und über ein breiteres Spektrum interpersoneller Fähigkeiten im Umgang mit herausfordernden Situationen. Außerdem wird bei RCT-gestützten Bewertungen vernachlässigt, dass unterschiedliche Patientenpersönlichkeiten von unterschiedlichen Behandlungsverfahren profitieren. Es besteht eine starke Evidenz, dass Behandlungsmethoden an die Kultur, die Präferenzen, die spirituellen Einstellungen, die Widerstandskraft, die Änderungsmöglichkeiten und Coping-Stile angepasst sein müssen, um erfolgreich zu sein. Behandlungsmethoden anhand von RCTs zu priorisieren und zur Anwendung anzuweisen, ignoriert somit die Tatsache, dass der behandelnde Therapeut und seine Beziehungsfähigkeit die entscheidenden Faktoren für den Nutzen der Psychotherapie darstellen. Außerdem engt man damit ohne Not die Wahlmöglichkeiten der Patienten und der Therapeuten ein, behindert bessere Ergebnisse. Man lässt dabei zudem außer Acht, dass unterschiedliche Patientenpersönlichkeiten gleicher Diagnosekategorie sich optimal aufgrund von unterschiedlichen Behandlungsmethoden verbessern.

Zusammenfassend bedeutet dies: Die Vorgehensweisen des WBP-Methodenpapiers gehen an der Evidenz für die Wirkungsweisen der Psychotherapie vorbei. Auf unwissenschaftliche Weise werden spezifische Therapietechniken auf Manualbasis und die Entwicklung weiterer spezifischer Techniken bevorzugt und mit Forschungsgeldern gefördert, während beziehungsorientierte Behandlungsmethoden zurückgedrängt werden, obwohl der Faktor Therapeut und seine Beziehungsfähigkeit mit hoher Evidenz für den Behandlungserfolg ausschlaggebend sind. Wahlmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten werden eingeschränkt, die Qualität der Versorgung nicht verbessert.

Aus Wampolds evidenzbasierten Bewertungen ergeben sich gravierende Folgerungen und Forderungen:

- Die Humanistische Psychotherapie ist vom WBP wissenschaftlich anzuerkennen und zur Aus-/Weiterbildung und Versorgung zuzulassen.
- Psychotherapeuten muss die Ausbildung in einem zur eigenen Persönlichkeit passenden Therapieverfahren und die Entwicklung zu einer eigenen therapeutischen Sprache ermöglicht werden, denn so sind sie am wirksamsten. Das wiederum eröffnet

unterschiedlichen Patientenpersönlichkeiten die Möglichkeit, eine ihnen gemäße Herangehensweise auswählen zu können. Beides ist für den Therapieerfolg von eminenter Bedeutung. Die Förderung aller anerkannten Psychotherapieverfahren ist daher unverzichtbar.

- Daher ist es nicht gerechtfertigt, weiterhin die Lehrstühle für Psychologie und Psychotherapie einseitig mit verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Professoren zu besetzen.
- Forschung und Lehre müssen sich auf naturalistische Studien, die die Versorgungssituation und ihre Verbesserung in Blick nehmen, ausrichten, statt einseitig auf RCTs und spezifische Therapien, die an den Realitäten der Praktizierenden vorbeigehen. . Beispielhaft sei hier die LAC-Studie genannt. Mit einer Neuausrichtung kann auch der zunehmenden Einseitigkeit und Verarmung des wissenschaftlichen Verständnisses von Psychotherapie und ihren Grundlagen entgegengewirkt werden.
- Die RCT-getriebene unproduktive Konkurrenzsituation unter Vertretern der verschiedenen Psychotherapieverfahren um die erfolgreichsten Methoden kann überwunden werden: Überschneidungen bei der Methodenzuordnung bedürfen nicht mehr der ab- und ausgrenzenden Auseinandersetzung; im Gegenteil, können derartige Methoden Verständigungsbrücken und Übersetzungsmöglichkeiten von einer Psychotherapie-Sprache in die andere befördern.
- Mit der Anerkennung der von Wampold dargelegten Forschungsergebnisse kann endlich der schädliche Einfluss von Teilen der Psychotherapieforscher auf die Politik beendet werden, die entgegen den Tatsachen der Versorgungsrealität verbreiten, dass die Psychotherapeuten ihre Patienten zu lang mit wissenschaftlich weniger effektiven Therapiemethoden behandelten.
- Der Politik ist zu vermitteln, dass die hochindividuell angepassten therapeutischen Vorgehensweisen von kompetenten Psychotherapeuten die besten Erfolge zeitigen. Qualitätssicherungsmethoden auf Basis von unwissenschaftlichen Verallgemeinerungen gefährden den Patientennutzen und die psychotherapeutische Versorgung.
- Stattdessen sind Qualitätssicherungsmethoden, die die Fähigkeiten und Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess unterstützen, zu fördern, wie zum Beispiel die Supervision, Gruppeninterviewing und Methoden wie das Gutachterverfahren, die auf das individuelle Krankheitsgeschehen eingehen.

Freiburg, den 31.05.2021

Norbert Bowe