

# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

## Managing Differences - Die Kunst, die Vielfalt zu nutzen!

**Roland Engel:** Diversity Management – Entstehung und Nutzen  
Einführung und grundlegende Thesen

**Karl Toifl:** Die Kunst, Mehrdimensionalität in Diagnose und  
Therapie zu integrieren – Ergebnisse der Komplexitätsforschung  
und deren Konsequenzen für das Gesundheitssystem

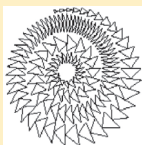
**Sabine Scheffler:** Patientenverhalten von Frau und Mann  
als soziales Konstrukt, Strukturmerkmal und Verhaltensset –  
Ergebnisse der Geschlechterforschung und ihre Bedeutung für  
beraterische Interventionssysteme

**Ulrich Schnyder:** Therapie gewinnt durch Vielfalt – Evidenz  
versus Kreativität

**Anton Leitner:** „Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, vom  
INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION  
MAKING“

**Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper:** Psychotherapie  
und „spirituelle Interventionen“? – Differentielle Antworten  
aus integrativer Sicht für eine moderne psychotherapeutische  
Praxeologie auf „zivilgesellschaftlichem“ und „emergent-  
materialistisch - monistischem“ Boden

Buchbesprechungen



Ulrich Schnyder

## Therapie gewinnt durch Vielfalt - Evidenz versus Kreativität

### 1. Einleitung

Was hat Psychotherapie mit Kreativität und Evidenz zu tun? Gibt es überhaupt eine Psychotherapie ohne Kreativität? Lassen sich die Forderungen einer „evidence based medicine“, im Sinne einer „evidence based psychotherapy“ (Lutz, Grawe 2001), auf den Bereich der Psychotherapie übertragen? Schließen sich die beiden Ansätze gegenseitig aus, d.h. wird die Kreativität in der Psychotherapie durch eine einseitige Evidenz-Orientierung abgewürgt, oder geht die Evidenz verloren, wenn wir Psychotherapie allzu einseitig nur als „Kunst“ verstehen, deren Wirksamkeit sich nicht mit wissenschaftlichen Methoden erfassen und messen lässt? Ich will vorausschicken, dass diese Fragen meiner Meinung nach rhetorisch sind: Wenn die Psychotherapie als wissenschaftlich fundierter Therapieansatz zur Behandlung psychischer Störungen weiterhin einen Platz in unserem Gesundheitswesen haben soll, dann werden auch künftig diese beiden Aspekte gepflegt werden müssen. Wir müssen uns den berechtigten Fragen nach der Wirksamkeit stellen, wir müssen angemessene, dem Feld angepasste Untersuchungsmethoden entwickeln und dafür sorgen, dass wirksame Methoden gefördert und disseminiert werden, und dass unwirksame Ansätze verlassen oder modifiziert werden. Wir müssen aber auch Raum für kreative Weiter- und Neuentwicklungen lassen, weil eine einseitige Fixierung auf die Prinzipien der evidence based medicine das Ende jeglicher Entwicklung bedeuten würde.

Im vorliegenden Beitrag soll zunächst dargestellt werden, wo wir eigentlich heute hinsichtlich der Wirksamkeit der Psychotherapie stehen. Es folgen Ausführungen zur „evidence based medicine“ generell, und zum Begriff der Evidenz in der Psychotherapie im Besonderen. Und schließlich sollen in einem dritten Abschnitt einige Beispiele für zukunftssträchtige, kreative Weiter- oder Neuentwicklungen im Bereich der Psychotherapie vorgestellt werden.

### 2. Psychotherapie: Wo stehen wir heute?

#### 2.1 Was ist Psychotherapie?

Gemäß dem integrativen Psychotherapie-Lehrbuch von *Wolfgang Senf* und *Michael Broda* (Senf, Broda 2005) ist Psychotherapie wissenschaftlich fundiertes, professionelles Handeln im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens. Eine derart positionierte Psychotherapie gründet auf wissenschaftlich nachvollziehbaren und empirisch überprüften Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien. Schon bei diesem ersten Teil der Definition wird deutlich, dass die Autoren hier eine Idealvorstellung formulieren, von der wir in der Realität heute noch weit entfernt

sind. Weiter ist Psychotherapie gemäß *Senf* und *Broda* dadurch charakterisiert, dass sie theoretisch abgeleitete und empirisch abgesicherte Verfahren, Methoden und Settings zur zielgerichteten Veränderung im Erleben und Verhalten einsetzt und die Behandlung oder Prävention psychisch bedingter oder mitbedingter Krankheiten, Störungen und Beschwerden bezweckt. Ein solches Vorgehen setzt eine gründliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik sowie eine qualifizierte Differenzialindikation voraus. Weiter: Psychotherapie wird mit a priori formulierten und a posteriori evaluierten Therapiezielen durchgeführt. All das ist heute noch keine Selbstverständlichkeit, werden doch in der Praxis nicht selten Behandlungen begonnen, ohne dass die Therapeutin zusammen mit dem Patienten in den ersten Sitzungen in einem partnerschaftlichen Konsens-Verfahren aushandelt, was eigentlich „das Problem“ ist, was im Rahmen der Therapie erreicht werden soll, und woran der Therapieerfolg nach Abschluss der Behandlung gemessen werden soll. *Senf* und *Broda* betonen zum Schluss ihrer Definition, dass Psychotherapie von professionellen Psychotherapeuten mit geprüfter Berufsqualifikation durchgeführt wird, ethische Grundsätze und Normen wahrt, und schließlich, dass sie qualitätssichernde Maßnahmen erfüllt und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit folgt (*Senf, Broda* 2005). Gar nicht unähnlich den Formulierungen dieser beiden deutschen Autoren fordert z.B. auch die schweizerische Gesetzgebung, dass psychotherapeutische Behandlungen dem Gebot der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, den sogenannten WZW-Kriterien genügen müssen, wenn sie durch die obligatorische Krankenversicherungen abgerechnet werden sollen.

Eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie gründet also auf empirisch überprüften Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien. Sie setzt theoretisch abgeleitete und empirisch abgesicherte Verfahren zur zielgerichteten Veränderung im Erleben und Verhalten von Patienten ein und bezweckt damit die Behandlung oder Prävention psychisch bedingter oder mitbedingter Krankheiten, Störungen und Beschwerden.

## 2.2 (Wie) wirkt Psychotherapie?

Wenn wir nun Psychotherapie mit anderen medizinischen Heilverfahren vergleichen, so zeigt sich rasch, dass Psychotherapie als einer der wirksamsten Therapieansätze in der Medizin gelten kann. Psychotherapie braucht den Vergleich z.B. mit medikamentösen oder mit chirurgischen Behandlungen keineswegs zu scheuen: Die Verordnung von Acetylsalicylsäure zur Prävention des Herzinfarkts hat beispielsweise eine Effektstärke (behandelt versus unbehandelt) von .07. Die medikamentöse Behandlung der rheumatoiden Arthritis kommt mit .61 schon in den Bereich mittlerer Effektstärken, und die aortokoronare Bypass-Chirurgie erreicht mit .80 eine hohe Effektstärke. Die Psychotherapie liegt mit einer Effektstärke von .88 genau in diesem Bereich, wenn man alle Psychotherapie-Ansätze zusammennimmt. Wenn man die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren separat betrachtet, so ergibt

sich sogar eine Effektstärke von 1.21 (*Grawe et al. 1994; Howard et al. 1994; Lutz 2003a, 2003b*).

Wir wissen heute also recht genau, dass Psychotherapie ein sehr wirksames Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen ist. Wir wissen aber noch mehr. Zum Beispiel ist gut belegt, dass bei den meisten psychischen Störungen der größte Teil der therapeutischen Wirkung innerhalb der ersten zehn Therapiesitzungen erreicht wird; dies betrifft nicht nur die Symptomreduktion, sondern auch die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und des psychosozialen Funktionsniveaus der behandelten Patienten (*Lutz 2003a; Lutz et al. 2001*). Wir wissen andererseits aber auch, dass es Menschen mit sehr komplexen, chronischen psychischen Störungen wie z.B. schweren Persönlichkeitsstörungen gibt, die einer längeren Psychotherapie bedürfen, manchmal sogar einer lebenslangen therapeutischen Begleitung. *Falk Leichsenring* und *Sven Rabung* konnten beispielsweise kürzlich in einer Meta-Analyse aufzeigen, dass solche Patienten aus einer langfristig ausgelegten, psychodynamisch orientierten Psychotherapie messbaren therapeutischen Gewinn ziehen können (*Leichsenring, Rabung 2008*). Auch die langfristige Stabilität der Ergebnisse nach abgeschlossener Psychotherapie ist gut belegt. Dies trifft allerdings insbesondere für die kognitive Verhaltenstherapie zu, deutlich weniger für psychodynamische Therapien und Entspannungsverfahren (*Margraf 2009*). Es sei allerdings einschränkend darauf hingewiesen, dass Psychotherapie, wie jedewirksame Heilmethode, auch unerwünschte Nebenwirkungen und potenziell negative Effekte haben kann (*Märtens, Petzold 1995, 2002*). Auch wissen wir immer noch zu wenig über geschlechtsspezifische Unterschiede wie auch über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten aus unterprivilegierten Gesellschaftsschichten, z.B. auch bei Menschen mit einem Migrationshintergrund.

Randomisierte kontrollierte Studien (englisch „randomized controlled trials“, RCTs) gelten in der evidence based medicine als der Gold-Standard zum wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens. So wurden auch viele der oben erwähnten Befunde im Rahmen von RCTs erhoben. Eine der Voraussetzungen für die Durchführung eines RCT ist das Vorliegen eines Therapiemanuals, in dem das therapeutische Vorgehen möglichst genau beschrieben und somit auch „vorgeschrieben“ wird (mehr darüber im Abschnitt 3). Viele Psychotherapeuten lehnen die Anwendung eines Therapiemanuals jedoch ab, weil sie glauben, dass dadurch der therapeutische Prozess zu sehr vereinheitlicht und letztlich auch beeinträchtigt würde. Psychotherapie sei eine Kunst, ein kreativer Prozess, der nicht durch die Anwendung kochbuchartiger „Rezepte“ behindert werden sollte. Eine solche Haltung ist vor dem Hintergrund des heutigen Berufsverständnisses und der beruflichen Sozialisation westlicher Psychotherapeuten verständlich. Psychotherapeuten verstehen sich als selbstverantwortliche, kreative, freie Unternehmer. Sie können sich weniger mit einer Rolle als treue Anwender von Manualen identifizieren, die von der universitären Forschung entwickelt wurden. Wissenschaftlich lässt sich eine

solche Einstellung allerdings kaum vertreten. *Schulte* konnte beispielsweise zeigen, dass standardisierte, manualisierte Therapien wesentlich häufiger zu weitgehender oder sogar vollkommener Heilung führen als maßgeschneiderte, individualisierte Behandlungen (*Schulte* 1991).

### 2.3 Ungenügende Dissemination wirksamer Therapien

Trotz all dieser positiven Meldungen über die Wirksamkeit der Psychotherapie gibt es aber ein großes Problem: Die Therapieansätze, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist, werden noch viel zu wenig im klinischen, psychotherapeutischen Alltag angewendet. So wurde beispielsweise in der Schweiz in einer großen Repräsentativstudie zur Behandlung von Angst und Depression untersucht, welche therapeutischen Ansätze in der realen Routinepraxis angewendet werden. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit Angst- und depressiven Störungen relativ selten Therapien mit sehr gutem Wirksamkeitsnachweis erhalten (kognitive Therapie und Verhaltenstherapie: 12%, Hypnose und Entspannungsverfahren: 39% der Fälle), dass hingegen Beratung und Psychopharmakotherapie, die erwiesenermaßen weniger dauerhaften Erfolg versprechen, bei diesen psychischen Störungen wesentlich häufiger, genauer in 70-90% der Fälle, zum Einsatz kommen (*Margraf*, in Vorbereitung). Angst und Depression, zwei psychische Störungen mit sehr hoher Lebenszeitprävalenz, können hier stellvertretend für die meisten psychischen Störungen angesehen werden, für deren Behandlung ausgereifte psychotherapeutische Ansätze mit sehr gut dokumentiertem Wirksamkeitsnachweis, basierend auf einer Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien, zur Verfügung stehen. Es ist seit langem bekannt, dass nur ein sehr kleiner Prozentsatz von Patienten mit Angst- oder depressiven Störungen von adäquat ausgebildeten Fachpersonen behandelt werden. Die erwähnte Studie zeigt uns nun, dass von diesen wenigen Patienten, die Zugang zu professioneller Behandlung finden, wiederum nur ein kleiner Anteil in Genuss der besten, evidenzbasierten Therapie gelangen.

Im deutschen Sprachraum stehen wir also vor einer etwas eigenartigen Situation: Es gibt eine Vielzahl gut ausgebildeter und klinisch erfahrener Psychotherapeuten in entsprechenden Institutionen und in der freien Praxis. Für die häufigsten psychischen Störungen verfügen wir heute über sehr wirksame Behandlungsmöglichkeiten, und die meisten Menschen haben eine Krankenversicherung, die den größten Teil der Behandlungskosten decken würde. Trotzdem werden die meisten psychisch kranken Menschen entweder überhaupt nicht professionell behandelt, oder sie erhalten eine nur suboptimal wirksame Therapie.

### 3. Zum Begriff der „Evidenz“ in der Psychotherapie

Der Begriff der „evidence based medicine“ ist in aller Munde, und es besteht kein Zweifel, dass in Zukunft auch im Bereich der Psychotherapie vermehrt danach gefragt werden wird, inwiefern die Wirksamkeit eines bestimmten Therapieverfahrens empirisch abgesichert ist. Was aber ist genau gemeint mit „Evidenz“, was sind „empirisch abgesicherte Verfahren“ (englisch „empirically supported therapies“)? *Chambless* und *Hollon* postulieren, dass die folgenden Kriterien erfüllt sein müssen, damit ein Therapieansatz als evidenzbasiert bzw. empirisch abgesichert bezeichnet werden darf: Die Wirksamkeit des Ansatzes muss durch eine Reihe randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) belegt sein; diese RCTs müssen mit geeigneten Stichproben und Vergleichsgruppen durchgeführt worden sein; die Stichproben müssen angemessen beschrieben sein; es müssen valide und reliable Messinstrumente zum Einsatz gekommen sein; und schließlich müssen die Resultate durch mindestens eine unabhängige Forschergruppe repliziert worden sein (*Chambless, Hollon 1998*).

#### 3.1 Randomized controlled trials (RCTs)

*Edna Foa* und Mitarbeiter weisen darauf hin, dass die wissenschaftlichen Anforderungen in der Psychotherapie-Verlaufsforschung durch die Entwicklung der Forschungsmethodik in den letzten fünfundzwanzig Jahren massiv gestiegen sind. Stellvertretend beschreiben sie für den Bereich der Traumaforschung, welche Merkmale eine gut kontrollierte Psychotherapie-Wirksamkeitsstudie aufweist (*Foa et al. 2009; Foa, Meadows 1997*):

- Klar definierte Zielsymptome: Zunächst muss klar gemacht werden, welche psychische Störung bzw. welche psychopathologischen Symptome behandelt werden sollen. Nur so kann der Therapieerfolg angemessen beurteilt werden. Die Symptomausprägung muss vor Beginn der Therapie in den Studiengruppen vergleichbar sein.
- Standardisierte, reliable und valide Untersuchungsinstrumente mit guten psychometrischen Eigenschaften: Idealerweise sollte mit den Instrumenten sowohl die (dimensionale) Ausprägung der oben erwähnten Zielsymptome zuverlässig gemessen, wie auch der (kategoriale) diagnostische Status im Verlauf bestimmt werden können.
- „Blinde“ Untersucher: Die Assessoren dürfen nicht wissen, in welcher Behandlungsgruppe sich der von ihnen untersuchte Patient befindet. Die Forscher, die die Eintritts- und Verlaufsuntersuchungen durchführen, dürfen deshalb nicht selbst auch Studientherapien durchführen. Zudem müssen die Patienten angehalten und trainiert werden, dass sie während der Evaluation dem Untersucher nicht mitteilen, in welcher Behandlungsgruppe sie sind.

- **Standardisiertes Assessorentraining:** Die Qualität psychometrischer Messungen hängt stark von den Kompetenzen der Untersucher ab. Sie kann nur über ein gründliches Assessorentraining durch klinisch erfahrene Forschungsmitarbeiter gewährleistet werden. Zur Sicherstellung einer während des gesamten Studienablaufs konstant aufrechterhaltenen Messqualität werden die Interrater-Reliabilität geprüft (Vergleich zwischen mehreren Untersuchern in der gleichen Studie) und wiederholte Kalibrierungsmaßnahmen zur Verhinderung des sogenannten „evaluator drift“ getroffen.
- **Manualisierte und replizierbare Therapieprogramme:** Je detaillierter ein Therapiemanual ausgearbeitet ist, desto besser lässt sich gewährleisten, dass das zu prüfende Therapieverfahren auch von allen Studentherapeuten und bei allen Studienpatienten tatsächlich angewendet wird. Therapiemanuale sind außerdem unerlässlich für die Replikation einer Studie durch unabhängige Forschungsgruppen. Nur so lassen sich Schlüsse zur Generalisierbarkeit der Studienresultate ziehen.
- **Gleichgewicht in den Vergleichsgruppen:** Wenn mehr als eine aktive Therapie miteinander verglichen werden („active-active control“), so müssen die Therapeuten in den Behandlungsgruppen hinsichtlich ihres beruflichen Hintergrunds, ihrer klinischen Erfahrung und ihrer spezifischen Therapieausbildung gleichwertig sein, und sie müssen auch während der Studie gleich viel Supervision haben.
- **Unvoreingenommene Zuteilung zu den Vergleichsgruppen:** Die Vergleichsgruppen sollten sich hinsichtlich der Faktoren, die den Therapieverlauf beeinflussen könnten, möglichst nicht unterscheiden. Weder Patienten noch Studentherapeuten dürfen einen Einfluss auf die Gruppenzuteilung haben. Die Zuteilung muss stattdessen randomisiert oder zumindest stratifiziert erfolgen. Nur so können systematische Fehler bei der Gruppenzuteilung vermieden werden. Um Behandlungseffekte von Therapeuteneffekten unterscheiden zu können, sollte außerdem jede Behandlungsmodalität von mindestens zwei Therapeuten durchgeführt werden.
- **Prüfung der Behandlungsintegrität:** Weiterhin muss durch ein sogenanntes „treatment adherence monitoring“ sichergestellt werden, dass die Behandlungen plangemäß durchgeführt werden, und dass nicht Komponenten einer bestimmten Behandlungsmodalität auch in der Vergleichsgruppe eingesetzt werden.
- **Zeitgemäße Datenanalysen:** Häufig werden nur die Daten derjenigen Patienten ausgewertet, die die Studentherapie bis zum Ende mitgemacht haben („completers analysis“). Dadurch werden die Resultate nicht selten massiv beschönigt. In der klinischen Realität muss jedoch immer auch mit Therapieabbrüchen gerechnet werden. Zur Beurteilung der „effectiveness“ sollten deshalb alle Studienteilnehmer, die die Randomisierungsprozedur durchlaufen haben,



in die Datenauswertung eingeschlossen werden, unabhängig davon, wie viel Behandlung sie tatsächlich erhalten haben („intent-to-treat analysis“, ITT).

### 3.1 Efficacy versus Effectiveness

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit wird in der wissenschaftlichen Literatur zwischen „efficacy“ und „effectiveness“ unterschieden. Efficacy-Studien prüfen, ob eine Intervention unter idealen Bedingungen wirkt, sozusagen unter Labor-Bedingungen, in denen sämtliche Einflussparameter genau gemessen und kontrolliert werden können. Ein solches Forschungsdesign hat naturgemäß einen Einfluss auf die Auswahl der Probanden: Die Patienten sind in solchen Studien eventuell nicht oder nur teilweise repräsentativ für den klinischen Alltag. Das Forschungsdesign bei Efficacy-Studien betont die sogenannte interne Validität, und oft wird nur eine „completers analysis“ durchgeführt. Wenn die Studie gut kontrolliert durchgeführt wird, kann sie aber wertvolle Informationen über die Spezifität der Intervention liefern.

Effectiveness-Studien hingegen stellen die Frage, ob eine bestimmte Intervention unter realen klinischen Bedingungen wirkt. Entsprechend sollten die Studienpatienten für den klinischen Alltag repräsentativer sein. Ein solches Forschungsdesign betont die externe Validität. Wie bereits erwähnt, werden bei Effectiveness-Studien typischerweise „intent-to-treat analyses“ durchgeführt. Allerdings liefern solche Studien nur bedingte Informationen über die Spezifität einer Intervention. Beide Studiendesigns haben also ihre spezifischen Vor- und Nachteile. Sie sollten bei der Beurteilung nicht gegeneinander ausgespielt werden. Vielmehr können sie sich sinnvoll ergänzen, ganz abgesehen davon, dass auch sorgfältig ausgearbeitete Kasuistiken, naturalistische Studien, Prozessstudien und andere Forschungsansätze wichtige ergänzende Informationen zur Gesamtbeurteilung eines Therapieansatzes beisteuern können. Es ist jedoch heute unbestritten, dass randomisierte kontrollierte Studien den gegenwärtigen Gold-Standard für die wissenschaftliche Beurteilung der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention darstellen.

Die Methodik der randomisierten kontrollierten Studien wurde ursprünglich zur Beurteilung der Wirksamkeit neuer Medikamente entwickelt. In der Pharmakologie wird in der Regel zunächst ein neuer Wirkstoff im Labor entwickelt und dessen Wirkungsweise bestimmt. Anschließend wird im Rahmen von Efficacy-Studien getestet, ob die neue Substanz unter kontrollierten (Labor-)Bedingungen wirkt. Erst zuletzt werden Effectiveness-Studien durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich das neue Medikament auch in der klinischen Praxis bewährt. In der Psychotherapieforschung läuft der Prozess nicht selten ein wenig anders: Oft findet sich als erstes eine innovative und aufsehenerregende Fallstudie, in der ein kreativer Kopf über seine Erfahrungen mit einer neuen therapeutischen Intervention berichtet. Die Idee wird aufgegriffen, und in offenen Studien anhand von Fallserien



genauer untersucht. Damit werden erste Informationen zur Effectiveness gesammelt. Nur wenn sich zeigt, dass die Intervention in der klinischen Praxis etwas bringt, werden die ersten kontrollierten Studien mit randomisierten Forschungsdesigns durchgeführt. Und in aller Regel wird erst in einer anschließenden Forschungsphase im Rahmen von „dismantling studies“ bzw. „component control studies“ versucht, den Wirkmechanismus genauer zu verstehen und die Spreu vom Weizen zu trennen, indem z.B. unwirksame Therapiekomponenten identifiziert werden, die bei einer Revision des Therapiemanuals weggelassen werden können.

### 3.2 Dissemination evidenzbasierter Therapien

Noch einmal zurück zum bereits erwähnten Problem, dass wir heute für die häufigsten psychischen Störungen zwar über sehr wirksame psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten verfügen, dass aber dennoch die meisten psychisch kranken Menschen entweder überhaupt nicht professionell behandelt werden, oder, wenn sie denn Zugang zu professioneller Behandlung finden, eine nur suboptimal wirksame, jedenfalls oft keine empirisch abgesicherte Therapie erhalten. Woran liegt das?

Zum einen haben die meisten Psychotherapeutinnen heute noch keine genügende Ausbildung in empirisch abgesicherten Therapieverfahren. Es kommt dazu, dass viele Psychotherapeutinnen, wie oben bereits erwähnt, nicht gerne mit Therapiemanualen arbeiten: Sie haben in der Regel keine Erfahrung damit und befürchten, durch die Befolgung manualisierter Therapieschritte in ihrer kreativen Entfaltung eingeschränkt und somit ihren Patienten nicht gerecht zu werden. Auf der anderen Seite verlangen aber Patientinnen und auch Kostenträger zunehmend den Einsatz evidenzbasierter Verfahren. Der Siegeszug der evidence based medicine und der „informierte Patient“, den wir uns ja eigentlich wünschen, lassen uns keine Wahl: Wir werden uns in Zukunft vermehrt der Frage stellen müssen, inwiefern die Wirksamkeit unserer therapeutischen Interventionen empirisch nachgewiesen ist.

Evidence based medicine wird unseren therapeutischen Alltag also immer mehr bestimmen. Dabei dürfen wir aber nicht vergessen, dass die evidence based medicine ausschließlich Aussagen über die sogenannten „empirically supported therapies“ macht. Evidence based medicine ist damit per definitionem vergangenheitsorientiert: Sie informiert uns über die Resultate, die die Forschung bis zum heutigen Tag erarbeitet hat. Wenn eine neue Intervention bis heute noch nicht empirisch untersucht wurde, dann bedeutet das nicht, dass sie nicht wirkt, sondern nur, dass es eben zurzeit für die Wirksamkeit dieser Intervention noch keine wissenschaftliche Evidenz gibt.

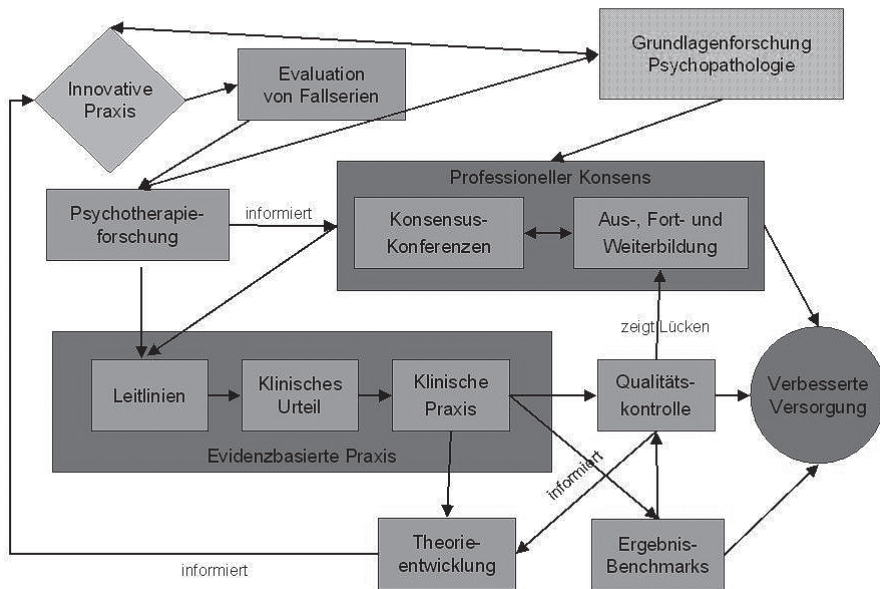
Eine vermehrte Dissemination evidenzbasierter Therapien in die klinische Praxis ist unbedingt erforderlich. Wenn wir uns aber ausschließlich auf die Prinzipien der evidence based medicine verlassen, kommt es zum Stillstand, und kreative Neu- und Weiterentwicklungen werden verunmöglicht. Echter wissenschaftlicher Fortschritt

ist nur möglich, wenn es immer wieder kreative Therapeuten und Forscher gibt, die es wagen, etwas Neues auszuprobieren. Neues kann definitionsgemäß noch nicht empirisch belegt sein. Alle Therapien, die heute als wissenschaftlich etabliert gelten, waren irgendwann einmal neu und empirisch noch nicht belegt. So muss es auch heute weiterhin möglich sein, dass Neues entdeckt wird. Diese Neuerungen müssen sich dann allerdings wieder der kritischen wissenschaftlichen Auseinandersetzung stellen. Wenn sie sich bei nüchterner Prüfung als wirkungslos erweisen, werden wir sie wieder verlassen müssen, auch wenn sie noch so attraktiv und vielversprechend wirken. Wenn sie wirksam sind, dann werden diese Neuerungen früher oder später ihren Platz in unserer therapeutischen Palette finden, sei es als eigenständiger Ansatz, als neue Technik, oder als Ergänzung bestehender Interventionen.

Das Feld der Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Heilmethode wird sich nur dann weiterentwickeln, wenn es gelingt, bisher noch nicht hinreichend empirisch abgesicherte Verfahren einer kritischen wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen, bestehende, evidenzbasierte Verfahren beharrlich und schrittweise zu verbessern, und neue Impulse, die in aller Regel aus kreativer therapeutischer Arbeit entstehen, ernst zu nehmen. Evidenz und Kreativität dürfen sich nicht ausschließen! Nur aus einer angemessenen Balance zwischen nüchterner Empirie einerseits und spielerischer Kreativität andererseits kann echter wissenschaftlicher Fortschritt hervorgehen!

Auch *Anthony Roth* und *Peter Fonagy* setzen die „innovative Praxis“ an den Beginn einer Feedback-Schleife mit mehreren Schlaufen (siehe Abbildung 1), innerhalb derer sich das Feld der Psychotherapie unter dem Stichwort „evidence-based practice - practice-based evidence“ weiterentwickelt, und letztlich die psychosoziale Versorgung verbessert wird (*Roth, Fonagy* 2004): Innovative Praxis stimuliert die Evaluation von Fallserien. Daraus entstehende neue Konzepte werden von der Psychotherapieforschung aufgegriffen und im Rahmen kontrollierter Studien überprüft. Die Resultate dieser Forschung werden in professionelle Konsensus-Konferenzen eingespeist und beeinflussen die Erarbeitung von Leitlinien. Deren Umsetzung wiederum verändert die klinische Praxis und führt über Maßnahmen der Qualitätskontrolle zu einer Verbesserung der klinischen Versorgung, aber auch zu Anpassungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Erfahrungen aus der klinischen Praxis in Verbindung mit Daten aus dem Qualitätsmanagement können dann Anlass zu einer neuen Runde innovativer Anpassungen im klinischen Umgang mit Patienten führen, womit sich der kreative Kreis schließt. Der Prozess wird zusätzlich durch externe Anregungen und Inputs, z.B. aus der neurobiologischen Grundlagenforschung oder aus der Psychopathologie, in Gang gehalten und vorangetrieben.

Abb. 1: Evidence-Based Practice - Practice-Based Evidence (Margraf 2005, modifiziert nach Roth & Fonaghy 1996)



#### 4. Kreative Entwicklungen

Fortschritt und Weiterentwicklung sind allerdings per se noch keine hinreichenden Gründe, das Feld der Psychotherapie voranzutreiben. Wenn die Psychotherapien so wirksam und erfolgreich sind wie oben dargelegt, wozu braucht es dann überhaupt Fortschritt? Kann man Psychotherapie nicht als ausgereiftes Heilverfahren betrachten? Soll man sich nicht in erster Linie darum bemühen, dass die wirksamen Interventionen möglichst breit disseminiert werden und damit möglichst vielen Patienten zugute kommen? Ja, aber es gibt trotzdem eine Reihe guter Gründe (Schnyder 2005), die für eine weitere Verbesserung, Entwicklung, Ergänzung und Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen sprechen, ganz abgesehen davon, dass Stillstand eben auch in diesem Bereich Rückschritt bedeuten würde, weil alternative Ansätze wie z.B. die Psychopharmakotherapie in einer ausgesprochen dynamischen Entwicklung begriffen sind:

- Nicht alle Patienten sind bereit, sich einer empirisch abgesicherten Therapie zu unterziehen. Beispielsweise gilt Exposition heute bei den meisten Angststörungen und auch bei den Zwangsstörungen als die Therapiemethode der Wahl. Es gibt aber Patienten, die sich aus nachvollziehbaren Gründen zumindest zu einem gegebenen Zeitpunkt nicht entschließen können, eine so konfrontative Therapie auf sich zu nehmen.

- Die Abbruchraten bei empirisch abgesicherten Therapien liegen insgesamt bei etwa 20% (Ballenger et al. 2000). Therapieabbruch ist gelegentlich ein Indiz für eine schwere, eventuell vor Therapiebeginn unterschätzte psychopathologische Störung des Patienten. Sehr oft ist der Abbruch Ausdruck und Resultat einer missglückten therapeutischen Beziehung. Er kann aber auch in der Therapiemethode begründet sein und darauf hinweisen, dass diese Therapie für diesen Patienten in dieser Situation nicht geeignet ist. Dann wäre es gut, wenn wir dem Patienten therapeutische Alternativen anbieten könnten.
- Etwa 50% der Patienten, die eine evidenzbasierte Behandlung erfolgreich und mit einer klinisch relevanten Symptomreduktion abschließen, erfüllen nach Therapieende immer noch die diagnostischen Kriterien für die Störung, die sie in Behandlung geführt hat (Resick et al. 2002; Tarrier et al. 1999).
- Vielleicht noch wichtiger ist der Befund, dass ebenfalls etwa 50% dieser Patienten kein zufriedenstellendes psychosoziales Funktionsniveau erreichen, auch wenn sich die Symptome im Rahmen der Behandlung spürbar zurückgebildet haben (Marks et al. 1998; Resick et al. 2002). Arbeitsfähigkeit, Beziehungsqualität und allgemeine Lebenszufriedenheit sind bei vielen dieser Patienten weiterhin beeinträchtigt.
- Und schließlich gibt es heute noch viel zu wenig Angebote für Patienten, die keinen Zugang zu Psychotherapie finden, z.B. weil sie keinen Therapeuten finden, der ihre Sprache spricht, weil sie wegen einer körperlichen Behinderung nicht wöchentlich eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen können, oder weil sie sich aufgrund ihrer exponierten Stellung in der Gesellschaft zu Recht vor Stigmatisierung fürchten.

Aus diesen Gründen sollen im Folgenden einige Beispiele für kreative Weiter- oder Neuentwicklungen im Bereich der Psychotherapie zur Diskussion gestellt werden, die das Potenzial haben, einen Beitrag zur Ausdifferenzierung unserer psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten zu leisten.

#### 4.1 Mindfulness and acceptance

Die achtsamkeitsbasierten Therapieansätze („mindfulness based therapies“) gehören sicher zu den wichtigsten Weiterentwicklungen und Ergänzungen der kognitiven Verhaltenstherapie der letzten Jahre (Hayes et al. 2004). Der buddhistische Begriff „Sati“ meint übersetzt Sorgfalt, Umsicht, aber auch Besinnung, Gedächtnis und Erinnerung. Achtsam sein bedeutet im buddhistischen Sinn, ganz bewusst in der Gegenwart sein, ohne zu urteilen, nur „als Zeuge in sich ruhend“. Der Buddhismus unterscheidet vier Grundlagen der Achtsamkeit:

- Achtsamkeit auf den Körper
- Achtsamkeit auf die Gefühle und Empfindungen
- Achtsamkeit auf den Geist
- Achtsamkeit auf die Geistobjekte

Der Zen-Buddhismus entstand etwa im 5. Jahrhundert nach Christus ursprünglich als eine Reformbewegung, welche die zentrale Bedeutung der Meditation betonte. In der westlichen Welt wurde Zen erst ab dem 19. Jahrhundert bekannt, unter anderem durch die Philosophie *Schopenhauers* und durch Publikationen in Deutschland ab 1920. Zu ersten Berührungen von Zen und Psychotherapie kam es durch Begegnungen von *Carl Gustav Jung*, *Erich Fromm*, *Charlotte Selver* und *Fritz Perls* mit Zen-Buddhisten in den USA.

*Jon Kabat-Zinn* ist untrennbar mit einem Phänomen in der westlichen Welt verbunden, das als „Säkularisierung“ der Achtsamkeit bezeichnet werden kann: *Kabat-Zinn* löste die Achtsamkeit aus ihrem buddhistischen Kontext und entwickelte ein Training in Achtsamkeits-Meditation als Ergänzung einer Schmerztherapie, der „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (*Kabat-Zinn* 1990). Achtsamkeit war allerdings bereits vorher praktiziert worden, so z.B. in Form der Sensory Awareness in der Gindler-Tradition (*Brooks* 1974) und in bestimmten Traditionen der humanistischen und existenziellen Psychologie, z.B. im „Focusing“ oder bei *Graf Dürckheims* Ansatz (*Petzold* 1983), ohne dass allerdings dieser Begriff explizit verwendet wurde.

Vor etwa zehn Jahren hat nun die Verhaltenstherapie den Begriff der Achtsamkeit aufgegriffen und in Ergänzung zu den bis dahin fast ausschließlich veränderungsorientierten Strategien in ihre Therapiekonzepte eingebaut. „Das Gute im Schlechten“ wurde als Paradoxon wiederentdeckt, und Akzeptanz des Faktischen als eigentliche Basis für echte Veränderung angesehen. Nach der „kognitiven Wende“ der 1980er und der „emotionalen Wende“ der 1990er Jahre wird nun die Integration achtsamkeitsbasierter Elemente in den 2000er Jahren als die „dritte Wende“ bzw. die „dritte Welle“ in der kognitiven Verhaltenstherapie bezeichnet. Mittlerweile hat die Mindfulness Based Cognitive Therapy MBCT einen guten Wirksamkeitsnachweis für Major Depression, behandlungsresistente Depressionen und für depressive Residualsymptome vorgelegt (*Ma, Teasdale* 2004; *Teasdale et al.* 2000). Andere Störungsbilder werden momentan evaluiert.

#### 4.1 Well-Being Therapy

Basierend auf *Carol Ryff's* multidimensionalem, kognitivem Modell des „psychological well-being“ (*Ryff* 1989; *Ryff, Singer* 1996) hat *Giovanni Fava* unter dem Namen „Well-Being Therapy“ eine manualisierte Kurz-Psychotherapie entwickelt, die sich konzeptuell enorm von traditionellen Psychotherapieansätzen unterscheidet: In acht klar strukturierten, psychoedukativ, direktiv und lösungsorientiert ausgerichteten Therapiesitzungen wird unter keinen Umständen über Probleme, Belastungen oder psychopathologische Symptome gesprochen. Vielmehr liegt der Fokus ausschließlich auf der Steigerung des Wohlbefindens (*Fava et al.* 1998a). Ziel der Behandlung ist eine Verbesserung in folgenden sechs Dimensionen:

- Erfolgreicher Umgang mit der Umgebung (environmental mastery)

- Persönliche Reifung (personal growth)
- Lebensinhalt (purpose in life)
- Autonomie (autonomy)
- Akzeptanz seiner selbst (self-acceptance)
- Positive Beziehungen zu anderen (positive relations with others)

Die dabei eingesetzten Techniken sind bewährte Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie: Selbstbeobachtung, das Führen eines strukturierten Tagebuchs, kognitive Umstrukturierung, Problemlösestrategien, Selbstbehauptungstraining, geplante Aktivitäten zur Bewältigung von Alltag und Freizeit, Hausaufgaben. Well-Being Therapy wurde erfolgreich in der Rückfallprohylaxe bei rezidivierender Depression eingesetzt (Fava et al. 2004; Fava et al. 1998b). Sie scheint sich aber auch bei therapieresistenten Depressionen und Angststörungen, bei psychosomatischen Störungen und bei posttraumatischen Belastungsstörungen sehr gut zu bewähren (Belaise et al. 2005).

#### 4.1 Cognitive enhancers

D-Cycloserin ist eine Substanz, die in den 1950er Jahren zur Behandlung der Tuberkulose entwickelt wurde. Erst kürzlich wurde entdeckt, dass D-Cycloserin auch die kognitive Leistungsfähigkeit und insbesondere das Lernverhalten günstig beeinflussen kann. So konnte gezeigt werden, dass die einmalige Gabe von 50 mg D-Cycloserin den Effekt einer Expositions-Sitzung zur Behandlung der Höhenangst signifikant verbessert (Ressler et al. 2004). Die Wirkung scheint auf den Eigenschaften der Substanz als partieller Glutamatrezeptor-Agonist zu beruhen. Sie wurde auch erfolgreich zur Augmentation verhaltenstherapeutischer Interventionen bei anderen Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen, aber auch bei einer Reihe anderer psychischer Störungen wie Depressionen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit und Schizophrenie eingesetzt (Norberg et al. 2008). Zurzeit werden noch mehrere andere Substanzen geprüft, die in einem ähnlichen Sinne als „cognitive enhancers“ in der Psychotherapie eingesetzt werden könnten.

Die Erfahrungen mit D-Cycloserin machen unter anderem auch folgendes sehr deutlich: Die frühere Unterscheidung und klare Abgrenzung zwischen „psychologischen“ und „pharmakologischen“ Behandlungsansätzen ist heute nicht mehr aufrechtzuerhalten. Es ist zu einer Durchmischung und sinnvollen gegenseitigen Ergänzung dieser beiden Wirkprinzipien gekommen. Es besteht kein Zweifel, dass diese Entwicklung weitergehen wird. Bereits werden beispielsweise auch Hormone wie z.B. Cortisol oder Oxytocin in Kombination mit Psychotherapie eingesetzt. Solche Interventionen befinden sich zwar im Moment noch im Experimentierstadium, wir können jedoch auf die Resultate dieser Forschung gespannt sein.



## 4.2 Internetbasierte Therapien

Seit etwa Mitte der 90er Jahre wurden für ganz unterschiedliche Störungsbilder internetbasierte Therapieprotokolle entwickelt, bei denen der Patient seinen Therapeuten nie zu Gesicht bekommt. Dies scheint für traditionell ausgebildete Therapeuten, die nicht von Kind auf mit dem Internet aufgewachsen sind, eine Provokation: Kann man ein solches Angebot überhaupt noch als Psychotherapie bezeichnen? Wo bleibt da die therapeutische Beziehung, die doch als der wichtigste therapeutische Wirkfaktor gilt? Nüchtern betrachtet, gibt es heute eine Vielzahl internetbasierter Selbsthilfe-Angebote, aber auch Psychotherapien im engeren Sinne, sie scheinen gut zu funktionieren und von vielen, vorderhand noch hauptsächlich jüngeren Patienten, rege genutzt zu werden.

Als ein Beispiel sei hier „Interapy“ vorgestellt, eine vollständig internetbasierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Schreibtherapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Ursprünglich von *Alfred Lange* in Amsterdam entwickelt, wurde der Ansatz von *Andreas Maercker* und Mitarbeiterinnen für den deutschen Sprachraum adaptiert. Die Behandlung besteht aus zehn Schreibsitzungen, die sich über einen Zeitraum von fünf Wochen erstrecken. Therapeut und Patient kommunizieren ausschließlich schriftlich über das Internet. Die Therapie ist in drei Phasen eingeteilt: Selbstkonfrontation, Kognitive Umstrukturierung und Social Sharing. Ausführliche Psychoedukation ist zudem wichtiger Bestandteil aller drei Behandlungskomponenten. In den ersten vier Texten der Selbstkonfrontation werden die Patienten angeleitet, das traumatische Ereignis detailliert zu beschreiben. Um die Selbstkonfrontation zu verstärken, schreiben die Patienten in der ersten Person und im Präsens und beschreiben ausführlich ihre sensorischen Wahrnehmungen, wie z.B. visuelle und auditive Eindrücke, die sie während des traumatischen Ereignisses erfahren haben. In der zweiten Phase, der kognitiven Umstrukturierung, geht es primär um das Erarbeiten neuer Perspektiven hinsichtlich des traumatischen Ereignisses. Die Teilnehmer schreiben einen unterstützenden Brief an einen fiktiven Freund, der dieselbe traumatische Erfahrung gemacht hat, hinterfragen allfällige Schuld- und Schamgefühle des Adressaten und reflektieren potenziell positive Auswirkungen der Traumatisierung im Sinne des posttraumatic growth. Die letzte Phase umfasst das Social Sharing und ein Abschiedsritual. Mithilfe eines Briefes nehmen die Patienten Abschied von dem traumatischen Ereignis. Den Brief können die Patienten entweder an sich selbst, einen nahestehenden Freund oder eine andere bedeutsame Person, die in das traumatische Ereignis involviert war, richten, ohne dass der Brief schlussendlich an den Adressaten geschickt werden muss.

Erste, noch unkontrollierte Studien mit Interapy zeigten eine substantielle, über einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten anhaltende Symptomreduktion. Die überwiegende Mehrheit der behandelten Patienten gab zudem an, dass sie den Kontakt mit ihrem Therapeuten als „persönlich“ erlebten, dass sie das Internet als



Kommunikationsmedium angenehm fanden, und dass sie keine Probleme damit hatten, ihren Therapeuten nie direkt zu Gesicht bekommen zu haben (*Knaevelsrud, Maercker 2006, 2007; Wagner, Maercker 2007*). In der Regel werden internetbasierte Therapien allerdings noch nicht von den Kostenträgern übernommen. Trotzdem stellen sie bereits heute ein wertvolles ergänzendes Behandlungsangebot dar, z.B. für Patienten, die in medizinisch und therapeutisch unterversorgten Gegenden leben (z.B. Entwicklungshelfer), oder die körperlich behindert oder anderweitig häuslich gebunden sind. Sie können auch eine Alternative für Menschen darstellen, die Angst vor einem direktem therapeutischen Kontakt bzw. einer möglichen Stigmatisierung haben (z.B. Menschen in Helferberufen, Polizei, Feuerwehr, etc.).

#### 4.3 Integrierte Vermittlung störungsspezifischer, evidenzbasierter Therapien

Nicht nur bei der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren geht der Trend in letzter Zeit immer mehr weg von allgemeingültigen Therapien, hin zu störungsspezifischen Protokollen, oder zu Therapiemodulen für ganz bestimmte Teilprobleme (z.B. Emotionsregulierung), die bei verschiedenen Störungen auftreten können. Auch in der Psychotherapie-Weiter- und Fortbildung finden sich immer häufiger Angebote, die auf die Vermittlung therapeutischer Kenntnisse und Fertigkeiten hinsichtlich empirisch abgesicherter Therapieansätze in einem bestimmten diagnostischen Spektrum abzielen. Dies kommt dem Wunsch vieler Therapeuten nach einer gewissen Spezialisierung entgegen. Ein Beispiel ist das Masterstudium in Psychotraumatologie in Zürich ([www.mas-psychotraumatology.uzh.ch](http://www.mas-psychotraumatology.uzh.ch)):

Als erste und bisher einzige weltweit bietet die Universität Zürich seit 2007 einen berufsbegleitenden Studiengang für klinisch erfahrene Psychotherapeuten an, die ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Psychotraumatologie vertiefen möchten (*Schnyder, McShine 2007*). Das Schwergewicht liegt auf der schulenübergreifenden Vermittlung evidenzbasierter Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörung (*Foa et al. 2009; Friedman et al. 2007*). Das Studium dauert vier Semester und wird mit dem Titel eines „Master of Advanced Studies in Psychotraumatology“ abgeschlossen. Das Angebot richtet sich an Fachleute mit einem abgeschlossenen Studium in Humanmedizin oder klinischer Psychologie, zudem werden mindestens zwei Jahre Berufserfahrung mit psychisch kranken Menschen und eine fortgeschrittene Psychotherapieausbildung vorausgesetzt. Unter dem Stichwort „blended learning“ werden traditionelle Lernmethoden (Frontalunterricht, problemorientiertes Lernen in Kleingruppen, Gruppensupervision) mit eLearning (online-Lehrmittel, web-forum, podcasts, etc.) kombiniert. Dadurch wird asynchrones Lernen ermöglicht, sodass Studierende aus dem gesamten deutschsprachigen Raum aufgenommen werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Psychotherapie viel mit wissenschaftlicher Evidenz, aber auch sehr viel mit Kreativität zu tun hat. Eine wissenschaftliche Disziplin lebt von der konstruktiven Interaktion dieser beiden Pole: der nüchternen Analyse dessen, was wir erreicht haben, was heute als empirisch abgesichert gelten darf, und den neuen Ideen kreativer Köpfe, ohne die es kein Wachstum und keine Weiterentwicklung geben kann.

“Take nothing on its looks; take everything on evidence. There’s no better rule.”  
(*Charles Dickens*, *Great Expectations*, 1861).

### **Zusammenfassung: Therapie gewinnt durch Vielfalt - Evidenz versus Kreativität**

Die Wirksamkeit der Psychotherapie zur Behandlung der meisten psychischen Störungen ist heute empirisch gut belegt. Aus Sicht der „evidence-based medicine“ kann Psychotherapie deshalb als einer der wirksamsten Therapieansätze in der Medizin gelten. Die Überlegenheit der Psychotherapie gegenüber der Psychopharmakotherapie ist besonders ausgeprägt im Langzeitverlauf. Insbesondere kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze wie Expositions-Reaktionsmanagement oder kognitive Umstrukturierung verfügen heute über einen robusten Wirksamkeitsnachweis in unterschiedlichen Patientenpopulationen und Behandlungssettings. Evidence-based medicine ist aber immer vergangenheitsorientiert: Sie gibt uns lediglich Auskunft über gut etablierte, empirisch abgesicherte Therapien. Wenn wir uns also nur auf die verfügbare wissenschaftliche Evidenz verlassen, gibt es keine Weiterentwicklung. Beispielsweise wäre eine Verbesserung der Akzeptanz etablierter Verfahren sehr wichtig, weil sich nach wie vor viele Patientinnen und Patienten entweder nicht zu einer psychotherapeutischen Behandlung entschließen können, oder weil sie eine begonnene Psychotherapie vorzeitig abbrechen. Zusätzlich sollte es aber im Feld der Psychotherapie wie überall in der Medizin auch Raum geben für neue, kreative Ansätze, deren empirischer Wirksamkeitsnachweis bis heute noch nicht vorliegt.

**Schlüsselwörter:** Evidenzbasierte Medizin, Kreativität, Psychotherapie

### **Summary: Therapy Benefits from Diversity - Evidence versus Creativity**

To date, the effectiveness of psychotherapy for the treatment of most mental disorders is empirically well documented. From an “evidence-based medicine” viewpoint, psychotherapy, as compared to other treatments in medicine, can be regarded as one of the most effective therapeutic approaches. The superiority of psychotherapy over pharmacotherapy is particularly pronounced in long term treatment outcome studies. Especially cognitive-behavioral (CBT) approaches such as exposure response management and cognitive restructuring have shown strong evidence of their efficacy and effectiveness in various populations and settings. However, evidence-based medicine is by definition oriented towards the past, as it only informs us about the

well-established, empirically supported treatments. If we only rely on the currently available scientific evidence, new developments are blocked. For instance, since many patients decline treatment, or don't seek professional help at all, there is a need for improvements regarding acceptance of established therapies. In addition, in the field of psychotherapy as elsewhere in medicine, there should be scope for new, creative approaches for which scientific evidence is not yet available.

**Keywords:** Evidence based medicine, creativity, psychotherapy

## Literatur

- Ballenger JC., Davidson JR., Lecrubier Y., Nutt DJ., Foa EB., Kessler RC., McFarlane AC., Shalev AY. (2000): Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 5: 60-66.
- Belaise C., Fava GA., Marks IM. (2005): Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74: 212-217.
- Brooks C. (1974): Sensory Awareness. New York: Viking Press,.
- Chambless DL., Hollon SD. (1998): Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 7-18.
- Fava GA., Rafanelli C., Cazzaro M., Conti S., Grandi S. (1998a): Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine* 28: 475-480
- Fava GA., Rafanelli C., Finos L., Conti S., Grandi S. (2004): Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry* 161: 1872-1876.
- Fava GA., Rafanelli C., Grandi S., Conti S., Belluardo P. (1998b). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy - preliminary findings. *Archives of General Psychiatry* 55: 816-820.
- Foa EB., Keane TM., Friedman MJ., Cohen JA. (2009): Effective Treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 2 edn. New York: Guilford.
- Foa EB., Meadows EA. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology* 48: 449-480.
- Friedman MJ., Keane TM., Resick PA. (2007): Handbook of PTSD. Science and Practice. New York: Guilford.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994): Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, Göttingen
- Hayes SC., Follette VM., Linehan MM. (2004): Mindfulness and acceptance - Expanding the cognitive-behavioral tradition. Guilford, New York.
- Howard KI., Orlinsky DE., Lueger RJ. (1994): Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. *British Journal of Psychiatry* 165: 4-8.
- Kabat-Zinn J. (1990): Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell.
- Knaevelsrud C., Maercker A. (2006): Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* Dec 19;8(4):e31.
- Knaevelsrud C., Maercker A. (2007): Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry* Apr 19; 7: 13.
- Leichsenring F., Rabung S. (2008): Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 300: 1551-1565.

- Lutz W. (2003a): Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lutz W. (2003b): Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 59: 745-750.
- Lutz W., Grawe K. (2001): Was ist "Evidenz" in einer Evidence Based Psychotherapy? *Integrative Therapie* 27: 11-28.
- Lutz W., Lowry J., Kopta SM., Einstein DA., Howard KI. (2001): Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology* 57: 889-900.
- Ma SH., Teasdale JD. (2004): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72: 31-40.
- Margraf J. (2009): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturliteraturauswertung. Heidelberg: Springer.
- Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S. (1998): Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 55: 317-325.
- Märtens M., Petzold HG. (1995): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie* 21: 7-44.
- Märtens M., Petzold HG. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Norberg MM., Krystal JH., Tolin DF. (2008): A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry* 63: 1118-1126.
- Petzold HG. (1983): Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann.
- Resick PA., Nishith P., Weaver TL., Astin MC., Feuer CA. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 867-879.
- Ressler KJ., Rothbaum BO., Tannenbaum L., Anderson P., Graap K., Zimand E., Hodges L., Davis M. (2004): Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry* 61: 1136-1144.
- Roth A., Fonagy P. (2004): What works for whom? A critical review of psychotherapy research, 2. edn. New York: Guilford.
- Ryff CD. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57: 1069-1081.
- Ryff CD., Singer B. (1996): Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65: 14-23.
- Schnyder U. (2005). Why new psychotherapies for posttraumatic stress disorder? Editorial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74: 199-201.
- Schnyder U., McShine RM. (2007): MAS in Psychotraumatology: ein innovativer Studiengang an der Universität Zürich. *Schweizerische Ärztezeitung* 88: 890-892.
- Schulte D. (1991): Therapeutische Entscheidungen. Hogrefe, Göttingen.
- Senf W., Broda M. (2005): Praxis der Psychotherapie - ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Georg Thieme.
- Tarrier N, Pilgrim H., Sommerfeld C., Faragher B., Reynolds M., Graham E., Barrowclough C. (1999): A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67: 13-18.
- Teasdale JD., Segal ZV., Williams JMG., Ridgeway V., Soulsby J., Lau M. (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 615-623.
- Wagner B, Maercker A. (2007): A 1.5-year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress* 20: 625-629.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder  
Klinikdirektor  
Psychiatrische Poliklinik  
Universitätsspital  
Culmannstrasse 8  
8091 Zürich  
Schweiz

**E-Mail-Adresse:**

[ulrich.schnyder@access.uzh.ch](mailto:ulrich.schnyder@access.uzh.ch)

**Web-Adresse:**

[www.psychiatrie.usz.ch](http://www.psychiatrie.usz.ch)

Telephone: +41 - 44 - 255 52 51

Telefax: +41 - 44 - 255 44 08