



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Der Trend zur Manualisierung in der
Psychotherapie“

Verfasser/Verfasserin

Gertraud Michaela Stromberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt: A297

Studienrichtung lt. Studienbuchblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin/Betreuer: Ao Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	6
Formales.....	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Themenklärung und Fragestellung.....	7
1.2. Methode, Herangehensweise und Aufbau.....	7
1.2.1. Methode: Hermeneutik– doppelte Hermeneutik.....	8
1.2.2. Herangehensweise und Aufbau.....	10
2. Einführungskapitel.....	12
2.1. Begriffsdefinitionen.....	12
2.1.1. Der Begriff der „Manualisierung“	12
2.1.2. Was ist ein Manual?.....	14
2.2. Geschichtlicher Abriss.....	17
2.3. Ursprünge des Manualisierungstrends.....	19
2.3.1. Gesundheitsökonomie.....	20
2.3.2. Qualitätssicherung.....	21
2.3.2.1. Strategien der Qualitätssicherung.....	22
2.3.2.1.1. Die Rolle von Standards, Leitlinien, Manualen und der EBM in der Qualitätssicherung.....	22
2.3.3. Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie.....	24
2.3.3.1. Was ist EBM/EBP?.....	24
2.3.3.2. Die Ursprünge der Evidenzbasierung in der Psychotherapie...	25
2.3.3.2.1. EBP im Vereinigten Königreich.....	26
2.3.3.2.2. Empirically supported Treatments- EBP in den USA.....	28
2.3.3.3. Wann gilt ein Verfahren als „Evidenz basiert“?.....	32
2.3.3.3.1. Evidenzbasierte Leitlinien, Behandlungsmanuale und „empically supported treatments“	34

3.	Wo erfolgt Manualisierung?	36
3.1.	Manualisierung in der Forschung.....	36
3.1.1.	RCts – „The Gold Standard“	37
3.2.	Manualisierung in der Praxis.....	42
3.3.	Manualisierung in den einzelnen Schulen.....	43
3.3.1.	Beispiele für Psychotherapeutische Behandlungsmanuale.....	44
3.3.1.1.	Beispiel für ein Verhaltenstherapeutisches Psychotherapiemanual.....	44
3.3.1.2.	Beispiel für ein Kognitives Verhaltenstherapiemanual.....	44
3.3.1.3.	Beispiele für Psychodynamische Therapien.....	45
3.3.2.	Manualisierung in der personenzentrierten Psychotherapie....	47
3.3.2.1.	Therapiemanuale bzw. Behandlungsleitlinien in der Psychotherapie.....	48
3.3.2.1.1.	Beispiele für personenzentrierte Psychotherapiemanuale.....	52
3.4.	Manualisierung in der Ausbildung.....	55
4.	Die Bedeutung und Auswirkungen des Trends auf die momentane Situation der Psychotherapie und Beratung...	57
4.1.	Darstellung der Debatte: Meinungen, Aussagen und Feststellungen von Forschern und Wissenschaftern zum Thema „Manualisierung“.....	57
4.2.	Die Erfahrungen des Praktikers: Nationaler Praktikerreport von Addis und Krasnow 2000.....	63
4.2.1.	Die Untersuchung.....	63
4.3.	Führt eine manualisierte Vorgangsweise zu besseren Ergebnissen als eine individuelle Vorgangsweise?.....	70
4.4.	Bearbeitung der in diesem Kapitel herausgearbeiteten Aspekte.....	72
4.4.1.	Zwei sich widersprechende Modelle von Psychotherapie.....	73
4.4.2.	Die Gleichsetzung von Psychotherapie mit Behandlung.....	75
4.4.3.	Das Problem der Komorbidität.....	77
4.4.4.	Der Praxis- Forschungstango.....	78
4.4.5.	Die flexible Anwendung von Manualen.....	82

5.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	84
5.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse – Vor- und Nachteile einer manualgestützten Therapie	84
5.2.	Diskussion der Ergebnisse – Der Einfluss von Manualen auf die Psychotherapie und ihren Fortbestand.....	88
5.2.1.	Weiterführende Gedanken.....	91
5.3.	Persönliches Resümee.....	93
6.	Literaturangaben.....	98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von RCTs.....	41
Tabelle 2: Charakteristika der Stichprobe.....	64
Tabelle 3: Erfahrungen von Praktikern mit Manualen.....	66
Tabelle 4: Die Einstellungen von Praktikern gegenüber Manualen.....	67
Tabelle 5: Eigenschaften von Manualen als Einflussfaktor von Einstellungen.....	69

Formales

Die Verfasserin weist darauf hin, dass bei allen personenbezogenen Formulierungen auf Grund der besseren Lesbarkeit des Textes auf ein Nebeneinander von „weiblicher“ und „männlicher“ Form verzichtet wurde. Die weibliche Form gilt selbstverständlich in jedem Fall ebenso so, wie die vorhandene männliche.

1. Einleitung

1.1. Themenklärung und Fragestellung

Ich habe entschieden, mich im Rahmen meiner Diplomarbeit mit dem Manualisierungstrend in der Psychotherapie zu befassen, welcher sich als aktuelles und vieldiskutiertes Problem im Bereich der Psychotherapie, sowohl in der Forschung, wie auch in der Praxis und Ausbildung, herausgestellt hat.

Meine Fragestellung entstammt der Themenliste von Herrn Professor Robert Hutterer. Entschieden habe ich mich für diese auf Grund eines Artikels von Anna Auckenthaler im Journal für Psychologie mit dem Titel „Was bleibt von der klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen“, der mir im Laufe einer Recherche zu einem anderen Thema in die Hände gefallen ist. Durch die kurze Auseinandersetzung mit diesem Artikel war mir der Begriff der „Manualisierung“ geläufig und hatte durchaus mein Interesse geweckt, da die Facetten, die dieses Thema bietet vielseitig und dennoch überschaubar sind. Interessant finde ich vor allem den eben erwähnten Aspekt, dass der Manualisierungstrend nicht nur die psychotherapeutische Praxis betrifft, sondern auch entscheidend in die Bereiche Forschung und Ausbildung von Therapeuten hineinwirkt.

1.2. Methode, Herangehensweise und Aufbau

Meine Arbeit ist eine wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung mit Texten, die sich mit dem Phänomen des Manualisierungstrends in der Psychotherapie und in weiterer Folge auch in sämtlichen psychologisch-therapeutisch beratenden Disziplinen und seinen Auswirkungen in allen Bereichen befasst.

Der wissenschaftliche Diskurs rund um das Thema der Manualisierung wird in seiner Argumentation und seiner Struktur dargestellt und kritisch beleuchtet, um ein Verstehen der vielschichtigen Debatte zu gewährleisten.

Da sich der thematische Diskurs vorwiegend über Fachzeitschriften bewegt, wurden diese als wichtigste Quellen herangezogen. Dabei wurden nicht nur Quellen aus dem deutschsprachigen Gebiet herangezogen, sondern auch britische und US-amerikanische Fachmagazine, die sich bereits seit längerem mit der Thematik beschäftigen.

Gleich vorweg kann gesagt werden, dass sich bereits nach einer ersten Überprüfung der Quellenlage zwei zentrale gegenüber stehende Pole der Diskussion herauskristallisiert haben, die jeweils gegenteilige Meinungen zum Thema der Manualisierung vertreten. Ihnen wurde daher in dieser Arbeit besonders viel Platz eingeräumt.

1.2.1. Methode: Hermeneutik– doppelte Hermeneutik

Auf Grund meiner theoretischen Themenstellung habe ich mich entschlossen in meiner Arbeit auf eine sehr gängige geistes- bzw. sozialwissenschaftliche Methode zurück zu greifen, auf die Hermeneutik, oder um es genau zu sagen auf die doppelte Hermeneutik.

Denn die Hermeneutik, auch gerne als Lehre vom Verstehen, Deuten und Auslegen bezeichnet, hat als Methode in der Erziehungswissenschaft, wie auch in vielen anderen geisteswissenschaftlichen Richtungen, Tradition. Wobei hier nicht von einem einheitlichen System gesprochen werden kann, wie es beispielsweise bei naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden der Fall ist, sondern viel mehr von einem individuellen Verstehen und Deuten.

Verstehen im hermeneutischen Sinn meint die Erfassung von Sinn und Bedeutung mit dem Ziel Lebenswirklichkeiten in ihrer jeweiligen Zeit, sprich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auszulegen und zu interpretieren. Im Gegensatz dazu steht die naturwissenschaftliche Sichtweise bei, der nicht das Verstehen an sich im Vordergrund steht, sondern das Erklären.

Instrumente liefert die Hermeneutik demnach keine, wohl aber Anhaltspunkte, die als Hilfestellung, ein höheres Verstehen zu erreichen, dienen. Um einen Sachverhalt zu erfassen müssen drei Überlegungen angestellt werden. Zum einen muss die Bedeutung des Textes für den Urheber und in weiterer Folge Bedeutungszusammenhang und Zielsetzung geklärt werden. Es soll nicht nach Ursachen oder Gründen geforscht werden, sondern allein das Verstehen des Gelesenen steht im Vordergrund, wobei die Forderung nach Objektivität erfüllt sein muss.

Höheres bzw. hermeneutisches Verstehen erfolgt in einer Zirkelbewegung, dem so genannten hermeneutischen Zirkel. Der Forscher begegnet einem Phänomen, einer Literaturquelle etc., mit einem gewissen Vorverständnis.. Durch sein sich Einlassen und die Auseinandersetzung mit dem Phänomen, so wie seine Deutungsarbeit, verändert sich sein Vorverständnis und er tritt wiederum mit diesem veränderten Vorverständnis an weitere Deutungen heran. Vorverständnis und Deutung entwickeln sich also im hermeneutischen Prozess weiter. Betrachtet man es genau, beschreibt der hermeneutische Zirkel mehr eine Spirale als einen Zirkel.

Diese Form der Interpretation hat eine lange Geschichte und fand schon in der griechischen Antike ihre Anwendung. In weiterer Folge half sie im Mittelalter Mönchen bei dem Versuch die Bibel zu verstehen und zu deuten. Sie fand ihren Weg durch die Zeit, bis sie durch die Arbeit und die Überlegungen namhafter Wissenschaftler, wie Schleiermacher, Dilthey und auch Heidegger und Gadamer zu der geistes- und sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode avancierte.

Dennoch stellt die Sozialwissenschaft besondere Anforderungen an diese viel verwendete Methode. Basierend auf den Überlegungen von Giddens, dem bewusst wurde, dass sich die meisten Aussagen in den Sozialwissenschaften bereits auf andere Aussagen, auf Instanzen, die zu Aussagen fähig sind, oder auf Sachverhalte, die unter anderem durch Aussagen konstituiert wurden, beziehen, spricht man von der doppelten

Hermeneutik. Interpretationen in den Sozialwissenschaften stehen somit stets in Relation zu vorgängigen Interpretationen.

Schütz bezeichnet diesen Umstand, als Konstruktion zweiten Grades (Schütz 1971).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass ein beobachtetes Subjekt im Sinne der doppelten Hermeneutik sowohl Forschungsgegenstand, wie auch Forschungsergebnis ist. Ebenso wie der Forscher der zweite, aber zugleich auch der erste und der dritte und der vorläufig letzte Interpret ist. Diese Überlegungen können aber noch fortgeführt werden, denn nicht nur das beobachtete Subjekt ist Forschungsgegenstand. Sondern auch der Forscher selbst, da er ja auch der sozialen Welt zuzurechnen ist, ist Teil seines eigenen Forschungsgegenstands. Auch wenn dies auf den ersten Blick kurios klingt, so erkennt man bei genauerem Hinsehen ein bekanntes hermeneutisches Phänomen, nämlich die Zirkel- bzw. Spiralbewegung.

1.2.2. Herangehensweise

Mit Hilfe der im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Methode habe ich versucht im Laufe dieser Arbeit vier zentrale Fragen zu beantworten.

Zu allererst ging es mir darum zu klären, worum es sich bei diesem Trend konkret handelt, wo die Wurzeln des Trends liegen und wie die Debatte, die sich rund um dieses Thema entwickelt hat, entstanden ist.

Somit bietet das einleitende Kapitel, neben einer Begriffsklärung und einem geschichtlichen Abriss, einen Überblick über die wichtigsten auslösenden Faktoren für die Entwicklung des Manualisierungstrends. In diesem Fall handelt es sich um Veränderungen im Gesundheitssystem, Weiterentwicklungen im Bereich der Qualitätssicherungen und die Einführung der evidenzbasierten Medizin und in weiterer Folge der evidenzbasierten Psychotherapie.

Im nächsten Kapitel stellt sich die Frage, in welche Bereiche der Psychotherapie der Manualisierungstrend hinein wirkt. Somit befasst es sich mit der Bedeutung von Therapiemanualen für die einzelnen Felder

der Psychotherapie. Es wird der Frage nachgegangen, welche Rolle Manuale in der Forschung spielen, und vor allem auch, welche Entwicklungen die Anwendung der Selbigen bedingen. Auch das Einbeziehen von Psychotherapeutischen Manualen in der Ausbildung von Therapeuten ist ein Thema in diesem Abschnitt. Die Funktion von Manualen in der Praxis wird behandelt, wobei das Hauptaugenmerk auf die Entwicklungen in den einzelnen Psychotherapeutischen Schulen in Bezug auf Manuale gerichtet ist, im Besonderen auf die Entwicklungen in der Gesprächspsychotherapie.

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Gegenwart der Psychotherapie in Bezug auf die Anwendung von Manualen. Neben einer Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses findet sich hier eine kritische Auseinandersetzung mit einzelnen Aspekten, die durch die Anwendung von therapeutischen Manualen bedingt werden.

Das letzte Kapitel dient dem Zusammentragen und der Erörterung der wichtigsten Ergebnisse und ihrer Konsequenzen.

Neben einer Zusammenfassung der Ergebnisse in Form einer Diskussion der Vor- und Nachteile von Manualen und Leitlinien, wird der Frage nachgegangen, inwiefern Manuale die Psychotherapie und ihren Fortbestand beeinflussen. Weiterführend werden hier auch allgemeine Überlegungen in Bezug auf Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie angestellt. Das Kapitel schließt mit einem persönlichen Resümee, welches neben einer persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema, auch den Weg der Meinungsfindung schildert.

Ich hoffe mit meiner Arbeit einen zusammenfassenden und umfassenden Überblick zum Thema der Manualisierung, sowie ihren Auswirkungen auf die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie und in weiterer Folge auch ihren Fortbestand, geben zu können.

2. Einführungskapitel

2.1. Begriffsdefinitionen

2.1.1 Der Begriff der „Manualisierung“

Der Begriff „Manualisierung“ ist eine Wortschöpfung des letzten Jahrhunderts und meint grundsätzlich die vermehrte Anwendung von Handbüchern, sprich Manualen, in jeglicher Art und Weise.

Hauptsächlich findet der Begriff „Manualisierung“ Verwendung im Zusammenhang mit Themen aus dem Bereich der Psychotherapie und der klinischen Psychologie, allerdings fast ausschließlich im deutschsprachigen Raum. Psychotherapeutische Behandlungsmanuale wurden bereits in den sechziger Jahren veröffentlicht. Populär und diskussionswürdig wurden sie allerdings vor allem in Verbindung mit dem Versuch die Psychotherapie mit Hilfe evidenzbasierter Praxis überprüfbarer und vor allem auch für Laien übersichtlicher zu machen. Dieses Konzept erhebt den Anspruch für das gesamte Gesundheitssystem anwendbar zu sein. Man spricht also nicht nur von evidenzbasierter Psychotherapie, sondern ebenso von evidenzbasierter Medizin oder Beratung.

Der Manualisierungstrend an sich, ebenso wie die evidenzbasierte Praxis, stammen aus dem englischsprachigen Raum, demnach aus Nordamerika und Großbritannien. Es ist allerdings auffällig, dass der Begriff „Manualisierung“ hauptsächlich im deutschen Sprachgebrauch existiert, ein gleichwertiger englischer Begriff wird kaum verwendet. Im Englischen findet man in diesem Zusammenhang vorrangig Ausdrücke wie „treatment manuals“ oder „manualized treatments“. Begriffe, die in der deutschen Debatte um den Trend der „Manualisierung“, auch in der Übersetzung „Behandlungsmanuale“, durchaus Verwendung finden. Der Begriff der „manualization“ existiert zwar auch im englischen Sprachgebrauch, jedoch nicht wie im Deutschen fast ausschließlich im Zusammenhang mit

Psychotherapie oder Evidenzbasierung. Dieser wird allgemein dazu verwendet, eine vermehrte Anwendung von Handbüchern zu beschreiben.

Grundsätzlich könnte nun unter einer „Manualisierung“ der Psychotherapie und in weiterer Folge jeglicher Beratung die Entwicklung und Anwendung von Manualen, also „Orientierungshilfen und Bücher, in denen Therapeuten auf einer eher abstrakten Ebene Ratschläge bzgl. ihres Vorgehens geben werden“ (Auckenthaler, 2000, S.215), gemeint sein. So gesehen, könnte man die Psychotherapie und ihre Nachbardisziplinen schon zum größten Teil als manualisiert ansehen, da in der Fachliteratur ein breites Spektrum an Handlungsempfehlungen und Leitfäden zu finden ist.

Die zentrale Debatte in diesem Zusammenhang konzentriert sich allerdings auf „störungsspezifische Therapiemanuale“ (Auckenthaler, 2000, S.215) und „Psychotherapieleitlinien“ (Frohburg, 2006, S.131). Zwar variieren Behandlungsmanuale in ihrer Form, nämlich von hoch strukturierten „Sitzung für Sitzung-Interventionen“ bis hin zu generellen Beschreibungen therapeutischer Strategien, welche vom Therapeuten individuell an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden können (Addis & Cardemil, 2005). Dennoch geht es darum, spezifische Verfahren zu entwickeln, die vom Therapeuten im Rahmen der Behandlung einer ebenso spezifischen psychischen Störung angewandt werden. Es wird versucht, spezifische Behandlungsbausteine für bestimmte psychische Störungen zu identifizieren oder zu erarbeiten, die analog zum gängigen medizinischen System wie Bestandteile (einzelne Medikamente) einer medikamentösen Behandlung angewendet werden können. Ziel ist es, ein bewährtes, standardisiertes Behandlungskonzept zu entwickeln, so dass die Wirksamkeit einer Therapie sichergestellt und dem Klienten eine hohe Behandlungseffizienz garantiert werden kann.

Es muss allerdings angemerkt werden, dass, unter anderen, Inge Frohburg (2006) im Gegensatz zur englischsprachigen Literatur, zwischen psychotherapeutischen Leitlinien und Psychotherapiemanualen

unterscheidet. So sind in diesem Sinn unter Leitlinien systematische Orientierungshilfen und elaborierte Handlungsempfehlungen zu verstehen, die zwar wohl bei einem speziellen psychischen Problem, aufbauend auf die nach ICD-10 definierten Störungsbilder, angewandt werden, keinesfalls aber so spezifisch sind wie Therapiemanuale.

Währenddessen Corcoran und Vandiver keine Grenze zwischen „practice guidelines“ und „treatment manuals“ ziehen (Concoran und Vandiver, 2004, S.16).

Die oben vorgestellten Manuale haben aber nicht nur einen Einfluss auf die psychotherapeutische Praxis. Es handelt sich hierbei vielmehr um eine vielschichtige Kontroverse, da sich eine große Kluft zwischen psychotherapeutischer Praxis und der Psychotherapieforschung erkennen lässt. Ebenso ist die durch diese Entwicklung entstandene Neuausrichtung der psychotherapeutischen Ausbildung maßgebend für die aktuelle Diskussion. Zusätzlich sind ökonomische und gesundheitspolitische Grundsätze, also Entwicklungen und Neuorganisierungen im Gesundheitswesen, zu beachten, da diese ebenfalls erheblich in dieses Thema einfließen. Mehr dazu später.

2.1.2. Was ist ein Manual

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt angedeutet, ist ein Manual ein Handbuch bzw. eine Bedienungsanleitung womit nach der Meinung von Addis und Cardemil (2005) bereits bei der Bezeichnung dieser Psychotherapeutischen Literatur ein schwerer Fehler begangen wurde. In dieser Fehlbezeichnung sehen die beiden auch einen ausschlaggebenden Punkt in der Debatte, denn ein Psychotherapiemanual ist nicht gleich zu setzen mit einer Bedienungsanleitung für einen Fernseher, also eine Schritt für Schritt Anleitung, deren Aufgabe es ist komplexe Prozesse einem Laien verständlich zu mache. Im Gegenteil, es bezeichnet eine komplexe Hilfestellung für professionelle Psychotherapeuten, welche sowohl in Forschung als auch Praxis eingesetzt werden können. Vielleicht wären Bezeichnungen wie Leitfaden, Orientierungshilfe, Bezugssystem,

Rahmen, Grundriss oder Gliederung besser geeignet gewesen um die eigentliche Rolle eines Manuals in der Psychotherapie zu beschreiben.

Luborsky und DeRubeis (1984) unterscheiden Psychotherapiemanuale von anderen Publikationen im Bereich der Psychotherapie folgendermaßen:

„Manuals are differentiated from other writings about psychotherapy in that they provide more explicit guidelines for the therapist to follow in the conduct of the therapy , and focus on the specific techniques and strategies that are acceptable and desirable in the therapy” (S.5).

Sinngemäß übersetzt, stellen Luborsky und DeRubeis klar, dass sich Manuale deutlich von anderen psychotherapeutischen Veröffentlichungen unterscheiden, da sie dem Therapeuten nicht nur klare Leitlinien im Therapieprozess anbieten, sondern auch einen Fokus auf spezielle Techniken und Strategien legen, welche in der Therapie zulässig und erstrebenswert sind.

Genau gesagt ist ein Psychotherapiemanual aber eine detaillierte Behandlungsanweisung, die dem Therapeuten in unterschiedlichen therapeutischen Situationen behilflich sein soll. Um ein Manual korrekt anwenden zu können, muss die therapeutische Situation definiert sein, welche sich aus a.) der jeweiligen Störung, b.) der individuellen Persönlichkeitsproblematik, c.) der außertherapeutischen Situation und d.) der Therapeut - Patienten Interaktion zusammensetzt. Aus der Interaktion der oben genannten Punkte entsteht der Therapeutische Prozess, wobei, oft auch nur vorübergehend, immer ein Punkt im Vordergrund steht (Finke & Teusch, 1999).

Somit erfüllt ein Manual die in der folgenden Aufzählung gelisteten Aufgaben.

Es dient

1. der Planung des therapeutischen Vorgehens: Durch die Zuordnung des für eine bestimmte Therapiephase relevanten Themas zu bestimmten Interventionskategorien kann ein Therapieplan erstellt werden.

2. der verbesserten Lehrbarkeit des Verfahrens für spezielle Zielgruppen: Ein Manual stellt eine bestimmte Begrifflichkeit und damit ein Kategoriensystem bereit, auf deren Hintergrund das faktische Vorgehen zu reflektieren und insofern auch einzuüben ist, falls bestimmte Handlungseinheiten präzise genug definiert werden können.

3. der präzisen Vergleichbarkeit des therapeutischen Vorgehens mit dem anderer Verfahren: Dieses ist vor allem bei empirischen Psychotherapiestudien, insbesondere bei Psychotherapievergleichsstudien wichtig, da solche Vergleiche nur sinnvoll sind, wenn das faktische Vorgehen in verschiedenen Situationen auch präzise bestimmbar ist (Finke & Teusch, 1999, S. 101f).

Weiters muss festgehalten werden, dass einzelne Begriffe, wie evidenzbasierte Behandlung und manualbasierte Behandlung durchaus von dem Begriff Psychotherapiemanual zu unterscheiden sind, obwohl sie in der Literatur gerne und oft gleichgesetzt werden.

Evidenzbasierte Behandlungen sind Verfahren, die in kontrollierten klinischen Forschungen getestet und somit empirisch belegt sind. Ein Psychotherapiemanual kann also eine Evidenzbasierte Behandlung sein, sofern sie nach Regeln der evidenzbasierten Praxis empirisch getestet wurde. Jedoch muss das nicht zwangsläufig der Fall sein.

Was den Begriff der manualbasierten Behandlungen anbelangt, so sehen Addis und Cardemil (2005) ebenfalls ein Problem. Denn ursprünglich war damit eine Behandlung gemeint die ein Manual als Hilfestellung benützt. Mittlerweile könnte es aber so verstanden werden, dass die Behandlung

auf dem Manual basiert, so als ob das Manual die Behandlung wäre. Der Begriff bezeichnet also eine hypothetische Behandlung, welche so hoch strukturiert sein müsste, dass daran gezweifelt werden kann, dass so ein Manual existiert (S. 134).

2.2. Geschichtlicher Abriss

Die Geburtsstunde der Manualisierung lässt sich schlecht an einem Datum festmachen, denn der Trend Psychotherapie zu beschreiben, zu beforschen, zu lehren und der Versuch Psychotherapie nach einem Medizinischen Modell zu gestalten begann schon sehr früh (Duncan & Miller, 2005, S. 140). Schon im letzten Jahrhundert haben Psychotherapeuten und Psychologen versucht ihre Erfahrungen und Erfolge möglichst genau aufzuzeichnen, um für sich selbst und natürlich auch für Kollegen Orientierungshilfen zu schaffen. Es sind also zahlreiche Behandlungsmanuale entstanden, deren Verwendungen aber, wenn überhaupt, nur sehr spärlich dokumentiert sind.

Die ersten Erfahrungsberichte über die Verwendung von Therapiemanualen stammen aus den frühen sechziger Jahren, vorrangig aus dem englischsprachigen Raum (z.B. Lang & Lazovik, 1963). Viele Manuale wurden als Teile von Dissertationen entwickelt, welche als standardisierte Behandlung von angehenden Therapeuten oder Therapeuten mit geringer Erfahrung angewendet wurden. Weiters erkannte die Forschung den Wert von Therapiemanualen, da durch diese viele Probleme, auf die Forscher vor allem bei der Verteidigung ihrer Ergebnisse stießen, behoben werden konnten (Lambert & Ogles, 1988). In den siebziger Jahren wurden Behandlungsmanuale populärer, allerdings weniger in der Psychotherapie selbst, als in Gruppentherapien und Selbsthilfegruppen, in denen Manuale mehr dem Training dienten als einer therapeutischen Behandlung. In den achtziger Jahren wuchs das Interesse an therapeutischen Manualen. Sie wurden fixer Bestandteil

gewisser Psychotherapieformen. Doch im Besonderen machte sich die Psychotherapieforschung Behandlungsmanuale zu nutze (Dobson, 1989). Manuale ermöglichten Vergleichsstudien, in denen unterschiedlichste Krankheitsbilder und therapeutische Behandlungen erforscht werden konnten (Lambert und Ogles, 1988).

Ihren „Zenit“ (Duncan & Miller, 2005, S.140) erreichte die Manualisierung mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Psychotherapie und dem Beginn der Debatte um die empirisch unterstützten Behandlungen Anfang der Neunziger, deren Ursprung in der Reform des amerikanischen Krankenpflegegesetzes liegt. Auf Grund der Art der Behandlung, Psychotherapie galt damals als homogene Behandlung und Therapeuten galten als beliebig auswechselbar, lief die Psychotherapie Gefahr nicht in das Gesetz integriert zu werden. Der klinische Nutzen einer Behandlung wurde kaum beachtet, relevant waren die unmittelbaren Kosten und die allgemeine Zugänglichkeit. Das führte dazu, dass eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmakons einer fundierten Psychotherapie vorgezogen wurde.

Um dem entgegen zu wirken, gründete die Abteilung für klinische Psychologie der American Psychological Association (APA) die Task Force.

Die Task Force setzte sich aus einer Gruppe von behandelnden Forschern zusammen, deren Ziel es war, Kriterien für effektive Behandlungen spezifischer Probleme festzusetzen.

Die dadurch erstellten Listen der wirksamen Manuale und spezifischen Prozeduren wurden an die Ausbildungsprogramme der klinischen Psychologie weitergegeben und in die Trainings- und Praktikumsprogramme der klinischen und beratenden Psychologie aufgenommen.

Auf Grund dieser Maßnahmen reduzierte sich der politische Druck und führte dazu, dass die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit als zusätzliches Kriterium zu den Kosten vom Staat akzeptiert wurde.

Jedoch die Diskussion über die Auswirkungen dieser Einführung für die Psychotherapie im Allgemeinen und den damit verbunden Problemen tobt nun schon seit über einem Jahrzehnt und scheint nicht verstummen zu wollen.

2.3. Ursprünge des Manualisierungstrends

Die Frage nach den eigentlichen Wurzeln des „Manualisierungstrends“ lässt sich nur mit einem Blick auf unsere Gesundheitssysteme klären. In nahezu allen Staaten der westlichen Welt ist eine adäquate medizinische Versorgung ein staatlich garantiertes Grundrecht des Einzelnen. Die umfangreichen Gesundheitssysteme, welche zur Bereitstellung und Finanzierung medizinischer Leistungen eingeführt wurden, egal ob rein staatlich oder teils privat organisiert, können die steigenden Behandlungskosten kaum mehr tragen.

„Medizinisches Handeln liegt nun im Schnittbereich von Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie und Ethik“ (Woppen, 2004, S.10). Jede dieser Disziplinen hegt Handlungsabsichten angelehnt an die, der jeweiligen Disziplin eigenen, Kriterien.

Qualitätsmanagement befasst sich mit der Differenz von qualitativ gut oder qualitativ schlecht. Die Gesundheitsökonomie hingegen stellt die Frage in den Mittelpunkt ob etwas effizient oder eben nicht, sprich ineffizient, ist. Während es für die Ethik ein Abwägen zwischen verantwortbar und nicht verantwortbar im Sinne des traditionellen Gut/Böse-Gedankens ist (Woppen, 2004). Dies sind drei völlig unterschiedliche Herangehensweisen an ein und das Selbe Thema, wobei der Ethikgedanke in dieser Arbeit nicht zur Diskussion gestellt wird.

In diesem Zusammenhang wird gerne, auch von Seiten der (Gesundheits-) Politiker, die evidenzbasierte Medizin bzw. Psychotherapie als alleinige und unumstößliche Lösung ins Spiel gebracht.

2.3.1. Gesundheitsökonomie

Betrachtet man die Entwicklungen in unserem Gesundheits- und Krankenversorgungssystem, wird sehr schnell klar, dass der Einsatz von wirtschaftlichen Strategien von Nöten ist. Der sprunghafte und in weiterer Folge kontinuierlich steigende Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen nach dem zweiten Weltkrieg führte zu einem starken Aufschwung im Gesundheitswesen und vor allem auch zu einer bedeutenden Weiterentwicklung in der Medizin. Der enorme medizinische Fortschritt bedeutet jedoch nicht nur zahlreiche neue Behandlungsverfahren für zahlreiche physische und psychische Leiden, sondern vielmehr auch einen immensen Anstieg der Behandlungs- aber auch der Forschungskosten, denen unsere Staatsbudgets teilweise nicht mehr gewachsen sind.

Die in den vergangenen 40 Jahren entstandene Gesundheitsökonomie hat gezeigt, dass ökonomische Instrumente auf den Gesundheitsbereich fruchtbringend angewandt werden können, da sich die Wirtschaftswissenschaften mit dem effizienten und rationalen Einsatz knapper Ressourcen befassen und die Ökonomie somit zwar nicht bestimmt, wie viele Mittel dem Gesundheitswesen zugeführt werden, was immer noch die Aufgabe der Politik ist, sehr wohl aber Aufschluss darüber geben kann, wo und wie die vorhandenen Mittel effizient eingesetzt werden können (Neudeck, 2002).

Aus Sicht der Gesundheitsökonomie darf „wirtschaftlich“ allerdings keines Falls mit „billig“ verwechselt oder gleichgesetzt werden, denn Wirtschaftlichkeit setzt effektive Leistung und damit Qualität voraus. Zum Beispiel gelten Maßnahmen zur Kostensenkung nur dann als wirtschaftlich, wenn von keiner Verschlechterung der Leistung und ihrer Qualität ausgegangen werden kann (Schmidt und Nübling, 1994).

2.3.2. Qualitätssicherung

Auch wenn der Begriff Qualität in der heutigen Begrifflichkeit eng mit dem Begriff Kosten verknüpft ist, so bedeutet er in diesem Zusammenhang Sicherung von Qualität. Nach der ISO 9004 definiert man Qualität als die „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ (ISO 9004, Teil 2, 1991). Qualität ist folglich nicht, wie im regulären Sprachgebrauch, mit guter Qualität gleichzusetzen, sondern meint vielmehr das Verhältnis des „Ist-Wertes“ zum „Soll-Wert“ von Produkten und Dienstleistungen. Weiters entsteht Qualität nicht isoliert, sondern erst im Verhältnis zu einem Soll-Wert, sprich einem Ziel. Die Bemühungen um das Erreichen eines hohen Qualitätsstandard werden dann allgemein als Qualitätssicherung bezeichnet.

Die Idee der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist weder neu noch verwunderlich, und auch im Psychosozialen Bereich existieren schon seit jeher Anleitungen und Rahmenvorgaben, die die Entwicklung und Sicherung der beruflichen Handlungsqualität gewährleisten sollen, wie z.B. das Konzept der Supervision.

Der neue Ansatz der Qualitätssicherung fordert jedoch weit mehr als die bisher in der Psychotherapie gängigen Praktiken. Einerseits das Festsetzen von Qualitätszielen und –maßstäben, um in weiterer Folge eine transparente Diskussion und Weiterentwicklung zu ermöglichen, andererseits aber auch eine systematisch und regelmäßige Überprüfungen, um die erreichte Qualität vor den Kostenträgern und Patienten zu dokumentieren. Diese Maßnahmen sollen helfen, gemäß dem „Paradigma der Qualitätssicherung“ (Laireiter und Vogel, 1998, S.53), eine kontinuierliche Qualitätssteigerung zu erreichen (Vogel, 2004).

2.3.2.1. Strategien der Qualitätssicherung

Es gibt nun unterschiedliche Strategien der Qualitätssicherung. Es wird zwischen einer internen, auch Qualitätsmanagement, und einer externen Qualitätssicherung, auch Qualitätskontrolle, unterschieden.

Unter externer Qualitätssicherung sind Zertifizierungen nach EFQM oder ISO zu verstehen, wobei ISO Zertifizierungen in der Regel gängiger sind.

Allerdings konzentriert sich die Qualitätskontrolle bislang hauptsächlich auf die Formulierung formaler Vorgaben und ihrer Einhaltung. Sie bietet jedoch keine direkte Kontrolle der Dienstleistung.

Die Strategien des Qualitätsmanagement sind weitgehend bekannt. Es handelt sich hierbei größtenteils um gängige Verfahren, die sowohl in der ambulanten, wie auch der stationären Psychotherapie bereits angewendet werden, jedoch in den meisten Fällen noch nicht in dem von der Qualitätssicherung verlangten Ausmaß.

Eine wichtige und bereits verwendete Strategie in diesem Zusammenhang ist die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen von Patienten, welche ohnehin zu den gesetzlichen Berufspflichten von Psychotherapeuten gehört. Weitere bereits gängige Qualitätssicherungsmaßnahmen sind unter anderen Qualitätszirkel oder Supervision.

2.3.2.1.1. Die Rolle von Standards, Leitlinien, Manualen und der EBM in der Qualitätssicherung

„Standards werden allgemein als die erwartete oder geforderte Güte der Versorgung definiert, bei der spezifische Kriterien über die gesamte Zeit eingehalten werden. Sie stellen eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art dar, inwieweit vorausgesetzte oder festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllt sind (z.B. festgelegtes Vorgehen bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen)“ (Härter et al., 2002, S.33).

Um die Einhaltung der Standards zu erleichtern werden Leitlinien entwickelt. Diese Leitlinien sind wiederum Orientierungshilfen bzw. systematisch entwickelte Entscheidungshilfen zur Diagnostik und Behandlung, sowie zum Umgang mit schwierigen Behandlungssituationen.

Unterschieden wird zwischen impliziten und expliziten Leitlinien, gerne auch als Manuale bezeichnet. Implizite Leitlinien dienen nur als Ergänzung zu einem Vorgehen angelehnt am Wissen und Erfahrungswerten, während explizite Leitlinien exakte Vorgehensweisen schriftlich fixieren, da diese dadurch abrufbar und prüfbar werden.

Leitlinien können auf dezentraler Ebene, sprich intern, mit Hilfe von Qualitätszirkeln entwickelt werden. In den meisten Fällen jedoch werden sie überregional im Rahmen von Konsensus-Konferenzen oder im Delphi-Verfahren erstellt (Härter et al. 2002, S.35f).

„Nach den international üblichen Standards muss bei der Formulierung von Leitlinien darauf geachtet werden, dass die empfohlenen Vorgehensweisen auf systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz beruhen und demnach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzieltm Konsens der im Fachgebiet wichtigen Experten entsprechen müssen(Vogel, 2004, S.123).“

Demnach fordert auch die Qualitätssicherung, ähnlich wie das Gesundheitswesen, das Vorgehen nach den Regeln der Evidenzbasierten Medizin, welche Qualitätsstandards ebenso verspricht, wie wissenschaftliche Fundierung und Kosteneffizienz.

2.3.3. Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie

Wie bereits aus den oberen Absätzen hervorgeht, wird die evidenzbasierte Medizin und in weiterer Folge auch die evidenzbasierte Psychotherapie gerne als Lösung für etwaige gesundheitspolitische oder auch qualitätssicherungstechnische Probleme präsentiert. Wie man auch am Beispiel Amerikas mit der Einführung der „empirically supported treatments“ sehen kann. Es muss gesagt werden, dass evidenzbasierte Psychotherapie mehr ist als nur empirisch unterstützte Behandlungen, auch wenn diese gerne mit der EBP gleichgesetzt werden.

2.3.3.1. Was ist EBM/EBP?

Kurz und einfach gesagt, geht es bei der Evidenzbasierung um die „Verwissenschaftlichung ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Handelns, wobei die klinische, individuelle Sicht des Arztes/Psychotherapeuten durch zuverlässige empirisch fundierte Studienergebnisse substantiell ergänzt werden soll“ (Sackett et al., 1997).

Genauer gesagt ist EBM „der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit bestmöglicher Evidenz aus der systematischen Forschung“ (Sackett, et al. 1997, S.644).

Auf die Psychotherapie, klinische Psychologie und jedweilige psychologische Beratung angewendet, definiert sich die evidenzbasierte Praxis nach der Task Force on Evidence Based Practice der APA (2005, S.5) „als Integration der besten verfügbaren Forschungen in die klinische Erfahrung , jedoch nicht ohne die Charaktermerkmale, Kultur, Werte und Vorlieben des Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen.“

Psychotherapeutisches Handeln soll mit Hilfe der EBP auf „eine wissenschaftlich verlässliche Basis“ (Tschuschke, 2005, S.106) gestellt und die rein subjektiven Eindrücke therapeutischen Handelns mit Hilfe empirischen Studien untermauert werden, um dann in weiterer Folge Richt/Leitlinien, Standards und Behandlungsmanuale zu erstellen.

2.3.3.2. Die Ursprünge der Evidenzbasierung in der Psychotherapie

Evidenzbasierte Psychotherapie ist ein Konzept aus den Neunzigern, das weit davon entfernt ist sich selbst zu erklären, im Gegenteil. Wie bereits erwähnt hat der Trend der Evidenzbasierung seine Wurzeln im angelsächsischen Raum, gemeint sind die Vereinigten Staaten von Amerika, Kanada und Großbritannien.

Seit Anfang der achtziger Jahre existiert eine Bewegung die es sich zur Aufgabe gemacht hat für einen höheren Standard in der Gesundheitsversorgung zu plädieren und zu verlangen, dass in gesundheitspolitischen Entscheidungen die Ergebnisse von Effektivitätsstudien nicht außer acht gelassen werden sollen. Ausgegangen ist der Trend von der Krankenhausmedizin, da die Kluft zwischen klinischer Praxis, medizinischer Forschung und tatsächlicher klinischer Ergebnisse zu Zweifeln und in weiterer Folge zu Überlegungen bezüglich der Verlässlichkeit der medizinischen Entscheidungsfindung führten. Das Ergebnis dieser Bewegung war ein Konzept der EBM, welches erstmals von der McMaster University, Kanada, vorgestellt wurde und im Grunde genommen eine kritische, jedoch logische Bewertung von Techniken aus der medizinischen Forschungsliteratur war. Dieses Konzept war gedacht als Hilfestellung für Mediziner, um diesen in der klinischen Praxis eine rationale Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der bestmöglichen Evidenz zu erleichtern.

Zunehmend wurde Evidenzbasierung auch in allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gefordert, eben auch in der Psychologie und Psychotherapie, wobei das Konzept nicht einmal ansatzweise vergleichbar

umgesetzt wurde. Die Entwicklungen in den Ursprungsländern, England und Nordamerika, verlaufen in konträre Richtungen (Parry, 2000).

2.3.3.2.1. EBP im Vereinigten Königreich

Das in Großbritannien bevorzugte Modell der evidenzbasierten Psychotherapie, welches sowohl von der „NHS Psychotherapy review“ (1996) als auch von Roth et al. (1996) vertreten wird, setzt eine Zusammenarbeit von Praktikern, Forschern und den zuständigen Servicestellen voraus.

Kurz zusammengefasst sieht der englische Ansatz folgendermaßen aus:

- „Psychotherapeuten setzen die Entwicklung neuer Behandlungsansätze, basierend auf bereits existierenden Theorien und Wissen, sowie ihrer Praxiserfahrung, fort.
- Vielversprechende neue Therapien werden wissenschaftlich auf Wirksamkeit überprüft.
- In die Entwicklung von Praxisleitlinien fließen sowohl Ergebnisse aus der Forschung, wie auch klinischer Konsens ein, um festzustellen wo und in wie fern generelle Aussagen über das beste Praxisvorgehen gemacht werden können.
- Standards, die von forschungsbasierten Richtlinien abgeleitet werden, müssen auch im Praxistest bestehen.
- Bei der Überprüfung festgestellte Qualitätsmängel werden in der Ausbildung behoben Skills deficits revealed by audit are addressed by training.
- Erfolge im Leistungsvergleich sollen auch eine Auswirkung auf die Steigerung der Patientenversorgung haben“ (Parry 2000, S. 59).

Zusätzlich zu diesem Modell wurde von der ausführenden Revision der NHS vorgeschlagen, dass ausschließlich psychologische und psychotherapeutische Therapien zugelassen und gefördert werden sollen, deren Wirkung empirisch nachgewiesen ist. Weiters soll von der zuständigen Stelle eine Strategie verfolgt werden, wodurch Praktiker die Grundsätze der evidenzbasierten Praxis in den Bereichen Psychologie, Beratung und Psychotherapie annehmen, bzw. die Umsetzung folgender fünf Punkte gefördert werden:

- „Einführung und Umsetzung von klinischen Richtlinien für die Praxis.
- Die Richtlinien entsprechen den neusten Forschungsergebnissen und werden mittels Evaluation dem entsprechenden Service angepasst.
- Die Behandlung bzw. die jeweilige Leistung ist an die jeweilige Patientengruppe angepasst.
- Behandlungen werden stets an den neusten Stand der Forschung angepasst.
- Auch die Schlüsselemente der Standardverfahren werden ständig geprüft“ (Parry, 2000, S. 59f).

Die Entwicklungen in den USA, die parallel zu denen im Vereinten Königreich ablaufen, weisen entscheidende Unterschiede auf. Zurückzuführen ist die Entwicklungsdifferenz auf Unterschiede im Krankenversorgungssystem, dem System der „managed care“ (Reed & Eisman, 2006), welches versucht Angebot, Nachfrage und Finanzierung miteinander zu verknüpfen, ohne die Vorteile des Solidaritätsprinzips im Gesundheitswesen aufzugeben. Dieses Prinzip hat jedoch zu einer Veränderung in der klinischen Praxis geführt, da Kosten - Nutzenüberlegungen angestellt werden mussten. Dies hat wiederum zu einer Bevorzugung von medikamentösen Behandlungen gegenüber den langwierigeren psychotherapeutischen Interventionen geführt, da diese effizienter und vor allem wissenschaftlich belegt waren.

Der dadurch entstandene Druck hat dazu geführt, dass in den USA die Entwicklung hin zu „empirically supported treatments“ begünstigt wurde. Diese so genannten Ebsts beruhen auf Kriterien, die festsetzen welche Formen der Therapie auf Grund ihrer Evidenz effektiv sind. Eine umstrittene Einführung (Elliott, 1998), deren Auswirkungen sich nicht nur auf die USA beschränken (Chambless & Ollendick, 2001).

Von den Wissenschaftlern, wie zum Beispiel Barlow (1996) und Crits-Christoph (1996) begrüßt, liefern wiederum deren Kollegen pragmatische aber auch wissenschaftliche Gründe die gegen diese Entwicklung (Garfield, 1996; Shapiro, 1996; Henry, 1998).

2.3.3.2.2. Empirically supported Treatments- EBP in den USA

Der Hintergrund für die unterschiedliche Entwicklung ist, wie oben bereits angedeutet, leicht erklärt. Bei der Ausarbeitung eines neuen Gesundheitssystems wurde angedacht, die Psychotherapie nicht in dieses zu integrieren, da sie auf Grund mangelnder Forschungsergebnisse, sowie zu hoher Behandlungskosten nicht dem allgemeinen Standard entsprach. Denn tatsächlich wurden die Behandlungen nach der allgemeinen Zugänglichkeit und den unmittelbaren Kosten eingeschätzt. Der klinische Nutzen der Behandlung stand bei diesen Überlegungen im Hintergrund, was zur Folge hatte, dass Personen, die befähigt waren Psychopharmaka zu verschreiben, bevorzugt wurden. Auf das gleiche Problem stieß die Forschung, die aus den selben Gründen bei der Verteilung der Forschungsgelder benachteiligt wurde (Elliot, 1998; Beutler, 1998).

Dabei wurde schon in den Siebzigern überlegt, wie man die Psychotherapie davor bewahren kann, missbräuchlich oder falsch angewendet zu werden bzw. ihre Effektivität zu verkennen.

- „Principle of community standard“ (Beutler, 1998, S.114): Laut diesem Prinzip gelten Behandlungen als wirksam, wenn sie weit verbreitet sind und in üblicher Form angewendet werden.
- „Doctrine of respectable minority“ (Beutler, 1998, S.114): Diese Doktrin wurde geschaffen um Therapeuten die Möglichkeit zu geben sich im Streitfall auf eine/ihre Schule und ihre Prinzipien zu berufen, sofern diese zumindest von einer respektablen Minderheit von mehr als sechs Personen geteilt wird. Zur Erklärung sollte noch angemerkt werden, dass zu diesem Zeitpunkt Diagnosesysteme und Behandlungsstandards, wie sie heute bekannt sind, noch nicht verbreitet waren und Therapeuten sich somit nicht darauf berufen oder stützen konnten.

Widersinniger Weise schufen diese rechtlichen Vorgaben überhaupt erst den Boden für die bereits besprochenen Probleme, da die Gesetzgebung dadurch ohne Überprüfung der Wirksamkeit, entscheiden konnte, welche Therapieformen durchgeführt und bezahlt werden sollten und welche nicht.

Um dem vorzubeugen wählte die Abteilung für klinische Psychologie, kurz Division 12 der APA eine Gruppe von namhaften Wissenschaftlern, welche den Auftrag bekam, mittels Forschungsdaten zu erheben, welche Therapieverfahren als wirksam einzustufen sind.

In der entsprechenden Zielformulierung wurden von der Task Force 1995 folgende Punkte hervorgehoben:

- Ausarbeitung von Kriterien zur Bestimmung von spezifischen und effektiven Behandlungen für spezifische Probleme.
- In weiterer Folge: Erstellung von Listen mit empirisch bewerteten Behandlungen:
 - ➔ empirisch gut bestätigte Behandlungen (well established treatments)
 - ➔ wahrscheinlich wirksame Verfahren (probably efficacious treatments)

- Verbreitung und Einarbeitung dieser Listen in Ausbildungsprogramme (doctoral programmes) der klinischen Psychologie und Psychotherapie.
- Ebenso wie, Einbindung in Richtlinien der Trainingsprogramme und Praktikumsprogramme der Psychotherapie und Psychologie.

Daraus ergeben sich fünf Kriterien für empirisch gut bestätigte Verfahren:

I. Mindestens zwei Gruppendesignstudien, welche folgende Wirkungen belegen:

- besser als ein Placebo oder eine alternative Behandlung
- gleich gut, wie eine bereits als wirksam belegte Behandlung in Experimententen mit adäquater statistischer Aussagekraft.

II. Mehr als neun Einzelfallexperimente, welche eine augenscheinliche Wirksamkeit aufzeigen.

Bedingungen:

- gute Designs und
- Vergleich mit anderen Behandlungen.

III. Die Experimente müssen an Hand von Behandlungsmanualen durchgeführt werden.

IV. Charakteristik der Klientenstichproben müssen klar spezifiziert sein.

V. Effekte müssen von mindestens zwei Forschern bzw. Forschungsteams aufgezeigt worden sein.

Und wiederum drei Kriterien für wahrscheinlich wirksame Therapien:

I. Zwei Experimente, die zeigen, dass die Behandlungsgruppe mehr Erfolge aufweist, als eine Wartelisten- Kontrollgruppe.

Oder:

II. Eines oder mehr Experimente, welche WET- Kriterien erfüllen, aber nur von einem Forscher stammen.

Oder:

III. Wenige Einzelfallexperimente ($n > 3$), welche sonst die Kriterien II., III. und IV. der WET erfüllen (Chambless, 1996).

Kurz zusammengefasst besagt die oben angeführte Aufzählung:

- „Eine Intervention wird danach als empirisch gut bewährt beurteilt, wenn sie sich in mindestens zwei durchgeführten Kontrollgruppen - Studien im Vergleich zu medikamentöser oder psychologischer Placebobehandlung oder zu einer Alternativtherapie als überlegen bzw. im Vergleich zu einer bereits bewährten Alternativtherapie als ebenso wirkungsvoll erwiesen hat. Anstatt Kontrollgruppen - Studien werden auch große Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellen Design zugelassen, wenn sie die Intervention mit einer Alternativbehandlung vergleichen. Darüber hinaus müssen die Interventionen durch ein Therapiemanual oder durch eine äquivalente Form operationalisiert sein, die Stichprobenmerkmale müssen spezifiziert und die Wirksamkeit muss von mindestens zwei unabhängigen Forschungsgruppen belegt sein.
- Die Intervention wird als vermutlich effektiv beurteilt, wenn sie sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe als überlegen erwiesen hat. Anstatt Kontrollgruppen werden auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellem Design zugelassen. Außerdem wird eine Intervention auch dann als vermutlich effektiv bewertet, wenn zumindest eine Studie mit Kontrollgruppen - Design nach den Kriterien für gut bewährte Studien vorliegt“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 188).

Allgemein ist dazu zu sagen, dass die Einführung der ESTs zwar den politischen Druck reduzierte und dazu führte, dass nicht nur die Kosten, sondern auch die empirische Wirksamkeit für die Auswahl einer

Behandlung entscheidend sind, jedoch trat sie eine Diskussion los, die in weiterer Folge enorme Ausmaße annahm.

2.3.3.3. Wann gilt ein Verfahren als „Evidenz basiert“?

Im Wesentlichen sieht das Verfahren der EBM/EBP folgende Schritte vor.

- „Formulierung einer klinisch relevanten Fragestellung,
- Identifizierung der relevanten Literatur (mit Hilfe der Cochrane-Collaboration),
- Kritische Würdigung der gefundenen Evidenz (gemessen in Hierarchiestufen) und
- Prüfung der Anwendbarkeit auf die konkrete klinische Situation“ (Zurhorst 2003, S.99).

„Die entscheidende Grundlage dafür bildet stets die Klinische Epidemiologie, um Zufall, systematische Fehler (bias) und Fehleinschätzungen der unabhängigen Variablen (confounding) möglichst auszuschließen“ (Zurhorst, 2003, S.99).

Allerdings ist anzumerken, dass eine Einengung der EBM im Sinne einer „schärfern Beweisführung“ gerne versucht wird, und zwar auf der Basis einer strikten Ergebnisorientierung, wobei diagnostische und therapeutische Leistungen nur zugelassen werden sollen, wenn sie sowohl dem Goldstandard randomisierter kontrollierter Studien, als auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechen (Zurhorst, 2003).

Unglücklicher Weise bedeutet das, dass die eigentliche seit je her existente Evidenz von Psychotherapie verkannt und völlig außer Acht gelassen wird.

Denn zahlreiche Studien, Forschungsarbeiten, die bis in die dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts zurück reichen, so wie eine Vielzahl von Metaanalysen beweisen folgendes:

- Psychotherapie ist generell wirksam, belegt durch eine breite Auswahl an theoretischen Orientierungshilfen und Behandlungstechniken mit positiven Wirkungsnachweisen.
- Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist im Allgemeinen, trotz Schwankungen und Veränderungen des Krankheitsbildes von Patienten, im Vergleich zu Psychopharmaka gleich gut, oder sogar besser, vor allem bei Patienten mit schweren psychischen Problemen.
- Psychotherapie behandelt nicht nur psychiatrische Symptome, sondern bezieht eine Vielzahl an anderen Faktoren in die Behandlung mit ein, unter anderem die interpersonelle Komponente, sowie die soziale Rolle oder arbeitsspezifische Einflüsse.
- Psychotherapie ist ein effizientes Verfahren, welches dauerhafte Wirkung zeigt.
- Die Wirkungen, sprich die gesundheitlichen Verbesserungen, einer Behandlung können über längere Zeit (Langzeitwirkung), im Speziellen im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung aufrecht erhalten werden.
- Psychotherapie kann die Kosten im medizinischen Bereich beeinflussen, da sie in der Lage ist, Ausgaben für Krankenhausaufenthalte und andere medizinische Leistungen zu reduzieren (Reed & Eismann, 2006, S.16).

Diese Art von Evidenz ist allerdings nicht jene, welche von Vertretern der Politik und des Gesundheitswesens gefordert wird und entspricht auch nicht der Art von Evidenz, die sich die Bewegung der evidenzbasierten Psychotherapie auf ihre Banner geschrieben hat.

Damit ein Verfahren wirklich als „evidenzbasiert“ gelten darf, muss es vielfach in Wirksamkeitsstudien geprüft worden sein. Wie schon erwähnt, werden Wirksamkeitsstudien, die nach den Regeln der RCTs durchgeführt wurden, bevorzugt. Zwar sind diese nicht die einzige Form um eine Behandlung als „Evidenz basiert“ deklarieren zu können, doch werden zumindest in anderen Untersuchungsformen Basiselemente von RCTS, ebenso wie standardisierte Behandlungsmanuale gefordert, was zur Folge hat, dass viele Behandlungsformen, die in der Psychotherapie gängig sind ausgeschlossen werden. Vor allem aber deshalb, weil sich nicht alle

Konzepte der Psychotherapie dafür eigenen auf deren Basis ein Manual zu erstellen.

Dennoch werden auf diesem Weg Behandlungen jeglicher Art getestet und entweder legitimiert oder abgelehnt. Es liegt zwar vermutlich nicht im Interesse des Entwicklers einer Therapie, wenn diese nicht angenommen wird. Trotzdem ist es auffällig, dass es sich bei den Evidenz basierten Behandlungen, welche wie oben bereits erläutert meist manualisiert sind, erstrangig um Verfahren aus der Verhaltenstherapie oder der kognitiven Verhaltenstherapie handelt. Zwar helfen Behandlungen im Sinne der EBP und nach Ansicht der EBP Vertreter z.B. Gesundheitspolitikern und Krankenversicherungen sich im dichten Feld der Psychologischen Therapien zu orientieren, (Reed und Eisman, 2006) dass ein solches System zu einer Einschränkung der therapeutischen Vielfalt und einem eingeschränkten Angebot für den Konsumenten, sprich den Klienten führt, sei aber dahin gestellt.

2.3.3.3.1. Evidenzbasierte Leitlinien, Evidenzbasierte Behandlungen und „empirically supported treatments“

Auch wenn evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungen weder mit „Ests“ noch mit störungsspezifischen Behandlungsmanualen gleichgesetzt werden können, passiert das oft auch in Publikationen namhafter Wissenschaftler. Dies könnte allerdings auf dem Umstand beruhen, dass kaum Einigkeit darüber herrscht, wie nun eine „wahre“ evidenzbasierte Behandlung (EBT) auszusehen hat (Weisz & Addis, 2006, S. 196).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass evidenzbasierte Behandlungen Verfahren sind, die in klinischen Forschungen getestet und als wirksam befunden wurden und anschließend in unterschiedlichster Form als Empfehlung an die Praxis weiter gegeben werden. Diese Praxisempfehlungen sind meist störungsspezifisch und existieren in Form von Praxisparametern, also völlig unverbindlichen Vorgaben, über Leitlinien bis hin zu klar definierten und strukturierten Behandlungen. In

Manualform festgehalten, lassen sie dem Therapeuten jedoch auf Grund eines klaren „Fahrplans“ kaum bis keinen Handlungsfreiraum. So ist es zum Beispiel bei diversen „empirically supported treatments“ der Fall.

Unter evidenzbasierten Leitlinien sind „systematisch entwickelte Darstellungen von Aussagen, die den gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse wiedergeben und den behandelnden Ärzten und den Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern“ (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)) zu verstehen.

Evidenzbasierte Psychotherapiemanuale sind ebenfalls störungsbezogen konzipiert und sollen analog zu einer medikamentösen Behandlung für bestimmte psychische Störungen verschrieben werden können. „Sie sollen dem Therapeuten ein bewährtes, standardisiertes Vorgehen ermöglichen, so die Wirksamkeit seiner Therapie sichern und Patienten eine hohe Behandlungseffizienz garantieren“ (Frohburg, 2006, S.131).

Als besondere Form der evidenzbasierten Behandlungen sind die, bereits im Kapitel 2.3.3.2.2. behandelten, „empirically supported treatments“ (ESTs), vormals „empirically validated treatments“ zu erwähnen, welche ebenfalls auf psychotherapeutischen Behandlungsmanualen basieren und die Auslöser für die Manualisierungsdebatte waren.

3. Wo erfolgt Manualisierung?

Der Trend zu einer Manualisierung der Psychotherapie hat nicht nur Auswirkungen auf einzelne Tätigkeitsfelder, Verfahren oder Psychotherapieschulen, sondern wirkt sich auf die gesamte Psychotherapie in all ihren Bereichen und ihrer Methodenvielfalt aus und natürlich in weiterer Folge auch auf ihre Nachbardisziplinen. Behandlungsrichtlinien und Therapiemanuale werden störungsspezifisch entwickelt und evaluiert. „Die Behandlung einer Blut- und Spritzenphobie unterscheidet sich demnach von der einer Agoraphobie, beide von einem Programm für Sozialphobiker, und alle Vorgehensweisen gehen über therapieschulenspezifische Standardmethoden hinaus“ (Caspar & Jakobi, 2005, S.397).

3.1. Manualisierung in der Forschung

Die zu untersuchenden Gegenstände in der Psychotherapieforschung sind vielfältig. Sie reichen von Untersuchungen zur Epidemiologie, über Studien zu klinischen Urteilsprozessen bis hin zur Wirksamkeitsstudien. Es ist unumstritten, dass sich die Anwendung von Manualen in der Forschung bewährt hat. Vorrangig werden sie in der „Outcome – Forschung“ eingesetzt, welche sich mit „den Ergebnissen von Psychotherapie und damit z.B. mit ihrer Wirksamkeit (efficacy), ihrer Effektivität in der klinischen Praxis (effectiveness) und der Definition und Messung von Therapieerfolg (oder Misserfolg)“ (Caspar & Jakobi, 2005, S.397) befasst. Eine Outcome- Orientierung in der Psychotherapie ist auf Grund des zunehmenden Drucks des Gesundheitswesens ohnehin schon zu beobachten, da es immer wieder notwendig ist, die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen nachzuweisen, um zu verhindern, dass sie durch kostengünstigere Verfahren, wie zum Beispiel Medikamente ersetzt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist die Vergleichbarkeit der Wirksamkeit

psychotherapeutischer Interventionen, welche immer wieder den Ruf nach randomisierten klinischen Studien laut werden ließen.

3.1.1. RCts – „The Gold Standard“

Wiederum ausgehend von der wachsenden Bedeutung der Evidenzbasierung in der Psychotherapie und ausgelöst von den Veränderungen im amerikanischen Gesundheitswesen, wurden auch in der Psychotherapieforschung zunehmend randomisierte klinische Studien (randomized controlled trials), kurz RCT genannt, gefordert, welche auch gerne als „the gold standard“ oder „Level 1 der Hierarchiestufen“ (Zurhorst, 2003, S.2) bezeichnet werden.

Genau genommen handelt es sich bei einer randomisierten klinischen Untersuchung um „eine prospektive, analytische, experimentelle Studie bei der primäre Daten verwendet, die im klinischen Umfeld erarbeitet werden. Individuen, die zu Beginn ähnlich erscheinen, werden zufällig (randomisiert) einer von zwei oder mehreren Behandlungsgruppen zugeordnet und die Ergebnisse der Gruppen werden nach einem ausreichenden Zeitraum in einer Wiedervorlage (follow-up) wieder betrachtet. Sauber ausgeführt, liefert die RCT den stärksten Nachweis für klinische Wirksamkeit präventiver und therapeutischer Methoden im klinischen Umfeld“ (Rossboth et al., 2007, S.78).

Für die Psychotherapie bedeutet dies „die Vorstellung, man könne sie sich aus verschiedenen Variablen zusammengesetzt vorstellen, deren Effektstärken im Einzelnen gemessen werden können, indem man sie experimentell variiert“ (Bucholz, 2004, S.1).

Die Division „Society of Clinical Psychology“ (Division 12) der APA hat mit Hilfe der Task Force „on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures“ definiert, wie RCTs in der Erforschung von klinisch-psychologischen Interventionen angelegt sein sollen (Hahlweg, 1995).

Zusammengefasst gelten folgende Kriterien für eine RCT- Studie:

- repräsentative Stichprobe
- mit expliziten Ein- und Ausschlusskriterien
- Stichprobengröße von mindesten 25 Patienten pro Designzelle
- eine manualisierte Therapie mit festgelegten Rahmenbedingung
- randomisierte Zuweisung der Patienten zur Experimental- und Kontrollgruppe
- Standardtherapie als Kontrollgruppe oder
- Warteliste als Kontrollgruppe oder
- nicht erkennbares Placebo als Kontrollbedingung
- blinde Rater bzw. minimal: therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilung
- hinreichend langer Katamnesezeitraum (sechs bis zwölf Monate bzw. ein bis zwei Jahre) (Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006, S. 268)

Aus dieser Liste geht hervor, dass zwei Punkte für die Diskussion um die Manualisierung besonders relevant sind. Diese sind auch der Grund, warum der „Goldstandard“ im Rahmen der Debatte um störungsspezifische Manuale immer wieder aufs Neue diskutiert wird:

- „homogene Patientengruppen mit eindeutigen Diagnosen werden untersucht und
- eine Standardisierung des therapeutischen Vorgehens durch Manualisierung der Therapie soll erfolgen.“ (Caspar, 2006, S.39)

Wie bereits erwähnt, erfolgt im Rahmen einer RCT- Studie eine besonders strenge Patientenauswahl. Dementsprechend gibt es einige Gründe warum Patienten von Forschern abgelehnt werden.

Ein Grund für eine Ablehnung wäre, dass ein Patient zwar unter der zu beforschenden Störung leidet, jedoch noch eine weitere Störung ausweist. Der Experte spricht von einem komorbiden Krankheitsbild. Solche Komorbiditäten sind in der Praxis nichts ungewöhnliches, im Gegenteil sie sind klinischer Alltag, denn der monosymptomatische Patient, wie er für RCTs gebraucht wird, bildet eher die Ausnahme.

Es gibt aber noch weitere Gründe für den Ausschluss eines Patienten von Studien dieser Art. Zum einen spielt das Alter eine Rolle, zum anderen die bisher erfolgte Behandlung. Ein Patient scheidet aus, sollte er für die zu beforschende Störung bereits eine Behandlung erhalten haben oder noch erhalten, oder sich noch in medikamentöser Behandlung befinden.

Natürlich gibt es aber auch Gründe, warum Patienten sich weigern an Studien mitzuwirken. In der Regel wollen Patienten geheilt und nicht beforscht werden. Außerdem werden die vielen Untersuchungen als zeitaufwendig, überflüssig und einschränkend erlebt. Die meisten Patienten haben klare Vorstellungen, wie ihre Behandlung auszusehen hat. Die Kontrollbedingungen lehnen sie eher ab. Zum Beispiel die Kontrollbedingung „Wartegruppe“, da sich die Patienten sofort Hilfe erwarten und oft auch brauchen. Ein weiterer Grund für die Ablehnung seitens des Patienten ist, dass der Therapeut nur für den Zeitraum der Studie zur Verfügung steht und sich der Patient, sollte nach Abschluss der Studie noch Behandlungsbedarf bestehen, auf einen neuen Therapeuten einstellen müsste (Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006).

Aus der Einführung der RCTs als Standard in der Wirksamkeitsforschung ergeben sich aber einige Vorteile für die Psychotherapieforschung:

So ist es gerade in Prozessen der Rechtfertigung im politischen Diskurs einfacher, wenn es möglich ist Psychotherapie wie ein Medikament darzustellen, das einheitlich verschrieben werden kann, wodurch ihre Konkurrenzfähigkeit im Vergleich mit alternativen Behandlungsmethoden steigt. Natürlich sind kausale Wirksamkeitsbelege nur durch experimentelle Studien zu bekommen, und nach wissenschaftlichen Standpunkten ist die Messlatte in einer randomisierten klinischen Studie sehr hoch gelegt, besonders die methodische Strenge und die interne Validität betreffend.

Originär stammt das Paradigma des RCT allerdings aus der pharmakologischen Forschung, wo es angemessen erscheint. In der Psychotherapieforschung hingegen fördert eine kritische Betrachtung der

RCTs eine beträchtliche Liste an Argumenten zu Tage, die die RCTs in einem bedeutend anderem Licht erscheinen lassen.

Zu erst zu nennen wäre in diesem Zusammenhang die mangelnde externe Validität, denn mitunter bringen RCTs Ergebnisse hervor, die keinem realen klinischen Setting entsprechen und somit nicht valide sind.

Hinzu kommt, dass die Psychotherapie an gewisse Rahmenbedingungen gebunden ist, so können gewisse Bedingungen von RCTs kaum erfüllt werden. Ein Beispiel wäre „die Doppelblind-Studie“. Diese ist in der Psychotherapie praktisch nicht umzusetzen. Ebenso sind die in RCTs einbezogene Patientengruppen nicht mit Patienten in der realen Praxis vergleichbar, die entgegen der „Störungsspezifität“ in RCTs im therapeutischen Alltag mit Komorbiditäten, sprich einer Kombination von unterschiedlichen Störungen, rechnen muss, welche in RCTs völlig außer Acht gelassen werden. Wie Caspar (2006, S. 41) sagt, ist es auch „unrealistisch den Anspruch zu formulieren, für alle denkbaren Störungen und ihre Kombinationen jeweils manualisierte Vorgehensweisen zu entwickeln“, um diesen den erwünschten Wirkungsnachweis via RCT zu verschaffen.

Allein diese Punkte lassen erkennen, dass eine Standardisierung von Verfahren der Pharmakologie und der Psychotherapie schier unmöglich ist (Tschuschke, 2005; Caspar, 2006; Henningsen & Rudolf, 2000). Revenstorf (2003) sagt zu diesem Problem: „Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon“(S.10).

Nachteile der RCT-Forschung	Vorteile der RCT- Forschung
Unvalide Messung	Reliable Messung
Irrepräsentative Stichproben	Eliminierte Störvariablen (was aber behandlungsrelevante Variablen ausschaltet)
Scheitern der Randomisierung	Statistische Signifikanz (was nicht ausreichend ist)
Mangelnde klinische Relevanz	Störungsspezifität (was nicht der klinischen Wirklichkeit entspricht)
Vernachlässigung der Komorbidität	Standardisierung/Manualisierung (was gleichfalls unrealistisch ist)
Nicht- Umsetzbarkeit	

Tabelle 1: Vor- und Nachteile von RCTs, Tschuschke, 2005, S.109

Denn obwohl randomisierte klinische Studien für die Zwecke der Psychotherapie ungeeignet scheinen, ist die Idee des „Goldstandards“ für die Psychotherapie noch nicht geplatzt. Was vermutlich nach wie vor daran liegt, dass sie von der Politik mehr denn je gefordert wird und das Interesse an Ergebnissen von klinischen Studien mit hoher externer Validität vergleichsweise gering ist.

Dennoch steht fest, dass die Psychotherapie als Wissenschaft, unabhängig von Geldgebern und Politik, ohne erweiterte Forschung, sprich Prozessforschung, nicht auskommt, da die Outcome- Forschung allein nicht zum gewünschten Ergebnis führt und in Ersterer zu viele Faktoren außer Acht gelassen werden (Caspar & Jakobi, 2005).

Der Forschungsgegenstand der Prozessforschung ist die Psychotherapie selbst und ihre Wirkfaktoren, die im Rahmen einer therapeutischen Behandlung zu tragen kommen. Die Prozessforschung steht nicht in Konkurrenz zur Outcome – Forschung, im Gegenteil, die Prozessforschung ergänzt sie. Somit werden wichtige Faktoren, wie z.B. die Therapiebeziehung, die trotz fundierter Forschungsergebnisse in technisch orientierten randomisierten Studien oft vernachlässigt wird, in

die Forschung einbezogen. Auch die APA erkannte die Dringlichkeit dieses Problems und rief die „Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships“ ins Leben.

Für die Praxis bedeutet ein solcher Wirkfaktoren orientierter Ansatz, dass Psychotherapien individuell gestaltet, jedoch trotzdem Prinzipien geleitet sind. Das würde bedeuten, dass störungsspezifische bzw. manualisierte Ansätze je nach Problemlage in Praxis und Forschung integriert sein könnten (Grawe, 1998).

3.2. Manualisierung in der Praxis

Dass Leitlinien und Manuale ihren Platz in der Therapeutischen Praxis gefunden haben, ist unumstritten. Betrachtet man den Gesetzestext des Österreichischen Psychotherapiegesetzes, wird schnell klar, dass diese wissenschaftlich belegt alle Forderungen an eine Therapie erfüllen.

Grundsätzlich definiert der Gesetzgeber Psychotherapie nämlich folgendermaßen:

„Die Ausübung der Psychotherapie (...) ist die nach einer allgemeinen und besonderer Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial und auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (§1 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr.361/1990).

Geht man jetzt nicht von einer amerikanischen Ausbildungssituation aus, ist eine manualisierte Behandlung eine umfassende, bewusste und geplante Intervention eines Psychotherapeuten mit dem Ziel Symptome zu lindern oder zu beseitigen, noch dazu basierend auf wissenschaftlich unumstößlichen Fakten und das konkrete Vorgehen übersichtlich, kurs-

bzw. stundenbezogen darzustellen. Außerdem beinhaltet es vielfältige Anregungen und Hilfestellungen für die klinische Praxis und kann dem Patienten als Überblick dienen.

3.3. Manualisierung in den einzelnen Schulen

Da es in der Psychotherapie keine einheitliche Methode gibt, sondern Psychotherapeuten sich zumeist an ihrer Schule, also der psychotherapeutischen Richtung, die sie im Rahmen ihrer Ausbildung gewählt haben, orientieren, wurden neben allgemeinen, auch schulenspezifische Manuale entwickelt.

Die Ersten, die Psychotherapiemanuale veröffentlichten, waren die Verhaltenstherapeuten (z.B. Wolpe, 1969). Ganz einfach deshalb, weil es in der Natur der Verhaltenstherapie liegt, dass sowohl Therapeut als auch Klient klaren und gut strukturierten Prozeduren folgen. Eine solche Voraussetzung vereinfacht die Ausarbeitung eines Manuals um ein Vielfaches. So ist es nicht verwunderlich, dass als nächstes kognitive Verhaltenstherapeuten begannen Psychotherapiemanuale zu entwickeln (z.B. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), welche stark von verhaltenstherapeutischen Vorarbeiten beeinflusst wurden.

Manuale, die auf nicht behavioristischen Therapieformen basierten, entwickelten sich bedeutend langsamer. Der Hauptgrund dafür ist möglicherweise, dass Strategien und Techniken nicht von vornherein vorhanden waren, sondern erst erdacht werden mussten und in weiterer Folge in eine für den Praktiker verständliche und auch anwendbare Form gebracht werden mussten.

Nach und nach kamen aber auch zahlreiche nicht behavioristische Therapiemanuale auf den Markt. Einige davon wurden von namhaften Größen der Psychotherapie veröffentlicht (Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984; Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984), aber natürlich nicht ausschließlich.

3.3.1. Beispiele für psychotherapeutische Behandlungsmanuale

Um einen besseren Einblick zu gewährleisten sollen nun kurz einige Psychotherapiemanuale aus unterschiedlichen Therapierichtungen vorgestellt werden. Aus Gründen der Vergleichbarkeit handelt es sich bei den besprochenen Manualen fast ausschließlich um Therapien zur Behandlung von Depressionen.

3.3.1.1 Beispiel für verhaltenstherapeutisches Psychotherapiemanual

The coping with Depression Course

Unter dem Titel „The Coping with Depression Course“ entwickelten Lewinsohn, Antonuccio, Beckenridge und Teri (1984) eines der typischen verhaltenstherapeutischen Manuale. Dieses Manual ähnelt den, Anfang der sechziger Jahre entstandenen Manualen, sowohl in seinem Aufbau als auch in seiner Settingstruktur. Es ist gedacht als Gruppenintervention und bietet, basierend auf dem Konzept des sozialen Lernen, einen Kurs in „Depression Management“. Das Manual sieht 12 Sitzungen zu je 2 Stunden vor und liefert eine „Schritt für Schritt – Beschreibung“, sprich sehr spezifische Anweisungen der Interventionen.

Allerdings muss gesagt werden, dass das Konzept mehr Seminarcharakter als Therapiecharakter hat. Es ist auch, wie bereits im Titel vermerkt, als Kurs gedacht, der seinen Teilnehmern Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln versucht, die ihnen einen besseren Umgang mit ihren Depressionen ermöglichen.

3.3.1.2. Beispiel für kognitive Verhaltenstherapiemanuale

Kognitive Therapie der Depression

Mittlerweile in der fünften englischen und der dritten deutschen Auflage ist Beck, Rush, Shaw und Emery's (2004) kognitive Therapie der Depression

erschienen. Diese gilt als bewährter Ansatz zur Behandlung von Depressionen. In dem umfassend gestalteten Buch finden sich neben spezifischen Anweisungen für den Therapeuten, Arbeitsmaterialien, wie Fragebögen, Listen und andere Diagnoseinstrumente, aber auch theoretische Erklärungen und Beschreibungen, zum Beispiel über die Rolle von Emotionen, aber auch anderer Komponenten wie die Therapeuten- Klienten Beziehung oder die Notwendigkeit der Empathie.

3.3.1.3. Beispiele für psychodynamische Therapien

Die interpersonelle Psychotherapie

Entwickelt von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron (1984) ist die interpersonelle Psychotherapie (IPT) eine Kurzzeit- Psychotherapie, die ursprünglich zur Behandlung von Depressionen gedacht war. In weiterer Folge aber auch für die Behandlung von anderen psychischen Störungen weiterentwickelt wurde (vgl. Schramm, 1998). Konzipiert wurde diese Kurztherapie auf 12- 20 Sitzungen, deren Inhalte klar strukturiert sind.

IPT arbeitet mit dem Ziel einer Symptomreduktion mit besonderem Fokus auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz und einer Ausweitung der zwischenmenschlichen Kontakte.

Der Patient wird bei der Klärung seiner emotionalen Zustände unterstützt, ebenso bei der Überprüfung der Realitätsnähe seiner Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen.

A Manual for Supportive- Expressive Psychotherapie

Das Konzept der Supportiv – Expressiven Psychotherapie (SE) stellt Luborsky (1984) erstmals in seinem Buch Principles of Psychoanalytic Psychotherapy vor. Das Buch ist zwar als Manual, sowohl für Praxis als auch für die Forschung gedacht, jedoch ist es nicht wie die bereits besprochenen Manuale, als Schritt für Schritt, Minute für Minute Therapieanleitung konzipiert, sondern vielmehr als systematische,

praxisnahe und verständliche Einführung in die psychoanalytische Therapie. Doch gibt Luborsky eine zeitliche Limitierung auf 20- 25 Sitzungen vor und bietet umfassendes Arbeitsmaterial, wie Checklisten oder Beispielinterviews.

Die SE selbst setzt sich mit den intrapsychischen und interpersonellen Konflikten des Patienten auseinander, die im Laufe der Therapie als zentrales Beziehungskonflikt- Thema formuliert werden. Dieses Thema wird in gegenwärtigen und vergangenen Beziehungen, sowie in der Patienten- Therapeutenbeziehung herausgearbeitet, um die Konflikte aufzudecken, die den Symptomen zu Grunde liegen. Dieses kann als die expressive (deutende) Komponente der Therapie gewertet werden. Die supportive (unterstützende) Komponente, also das Ziel der Therapie, ist es, dem Patienten neue Möglichkeiten aufzuzeigen, um mit eigenen Reaktionen und Wünschen, aber auch mit denen anderer, besser umgehen zu lernen und hilfreiche Beziehungskonstellationen zu fördern (Luborsky, 1995; Lambert & Ogles, 1988).

A Guide to Time- Limited Dynamic Psychotherapy

Dieses Manual wurde 1984 von Strupp und Binder unter dem Titel "Psychotherapy in a New Key" veröffentlicht. Es soll die systematische Ausbildung von Psychotherapeuten fördern, aber auch als Forschungsmanual eingesetzt werden können. Ausgelegt ist es auf Angststörungen, Depressionen und andere interpersonelle Störungen, die in 20- 25 Sitzungen zu je 50 Minuten bearbeitet werden sollen. Das Manual selbst bietet neben einer systematischen Anleitung für Therapeuten auch zahlreiche Fallbeispiele, die auch auf sehr spezifische Probleme eingehen, ebenso wie Erklärungen zu einzelnen Techniken.

Die dynamische Kurzzeittherapie (TLDP) arbeitet mit Techniken wie dem empathischen Zuhören und Verstehen. Sie befasst sich nach klassisch analytischem Ansatz mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten unter der Hypothese, dass seine Probleme von einer erlernten Selbstablehnung stammen, die sich früh durch Schwierigkeiten mit prägenden oder signifikanten Personen entwickelt haben. Die TLDP versucht diese

Selbstablehnungsschemata über die Klienten- Therapeutenbeziehung zu erkennen und zu bearbeiten, was eine stärkere Involvierung des Therapeuten in die Behandlung mit sich bringt (Strupp & Binder, 1984; Lambert & Ogles, 1988).

Wie oben bereits erwähnt, wurden hier nur Therapiemanuale zur Behandlung von Depressionen vorgestellt, wobei festgehalten werden muss, dass die oben erwähnten Manuale nicht die einzigen manualgestützten Behandlungen zur Bekämpfung von Depressionen sind und es mittlerweile Verhaltenstherapeutische und kognitive verhaltenstherapeutische Manuale für die unterschiedlichsten psychischen Probleme gibt.

3.3.2. Manualisierung in der personenzentrierten Psychotherapie

Die klassische Gesprächstherapie ist nicht symptomorientiert, was bedeutet dass die Störung eines Klienten nicht leitend für den Therapeuten ist. Denn eine Gesprächspsychotherapie zielt darauf ab, bestimmte Aspekte von Erfahrungen in das Selbstkonzept eines Patienten zu integrieren, bzw. ihn dazu anzuregen. Diese Integration von Erfahrungen erfolgt stets über einen thematischen Fokus, der von der jeweiligen Störung, der Persönlichkeitsstruktur, sowie den damit verbunden Problemen, dem außertherapeutischen Beziehungskonflikt und der therapeutischen Beziehungssituation abhängig ist.

Daraus lässt sich schließen, dass Personenzentrierte Psychotherapeuten nicht die ersten waren, die die Idee störungsspezifischer Therapiemanuale aufgegriffen haben.

Die Überzeugung, dass ein störungsspezifisches Vorgehen in der Psychotherapie wichtig oder gar notwendig ist, entstammt der Verhaltenstherapie und ihren Störungsmodellen, deren Verfahren auf Lernprozessen basieren. Im Gegensatz dazu steht die Gesprächspsychotherapie, die die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt ihres therapeutischen Prozesses stellt.

Nun ist es problematisch die Grundsätze eines manualgestützten Vorgehens, nämlich genau strukturierte und systematisierte Handlungsanweisungen, mit den für die personenzentrierten Psychotherapie charakteristischen Ansätzen, wie zum Beispiel dem Patienten den größtmöglichen Raum für eine individuelle Entfaltung zu bieten, zu vereinbaren. Dennoch haben die Entwicklungen der vergangenen Jahre auch vor der klientenzentrierten Psychotherapie nicht halt gemacht, so dass Störungsspezifität und Manualisierung auch in dieser Psychotherapieschule zu einem Thema geworden sind.

3.3.2.1. Therapiemanuale bzw. Behandlungsleitlinien in der personenzentrierten Psychotherapie

Wie bereits erwähnt, ist die Störung in der Planung und Abwicklung einer Gesprächspsychotherapie kein zentrales Element. Jedoch haben zwei Entwicklungen dazu beigetragen, dass man der Störung an sich nun mehr Beachtung schenkt. Einerseits kam es zu einer Ausweitung des Indikationsspektrums auf Störungen, die mit herkömmlicher Psychotherapie nicht zu behandeln waren, wodurch Modifikationen notwendig wurden, die an die Besonderheiten der Störungen angepasst waren. Diese Modifikationen wurden in Therapieempfehlungen, Therapieleitlinien, bzw. in Therapiemanualen festgehalten.

Andererseits forderte die Psychotherapieforschung zunehmend die Entwicklung von störungsspezifischen Therapiemanualen, um eine Vergleichsbasis zu schaffen. Um zu gewährleisten, dass Therapeuten die zu untersuchenden Behandlungen in der gleichen Weise durchführen, wurden Leitlinien und Manuale zum Forschungsstandard erhoben.

Da diese Entwicklungen auch vor der Gesprächspsychotherapie nicht halt gemacht haben, muss dennoch beachtet werden, dass sich Manuale unterschiedlicher Therapierichtungen grundlegend unterscheiden, so wie es auch Eckert (2006) anmerkt:

„Der ‚Natur‘ der jeweiligen Psychotherapie entsprechend unterscheiden sich Manuale hinsichtlich Form und Inhalt erheblich. Insbesondere die

Konkretisierung und die Definition des Therapeutenverhaltens auf Ebene der Handlungsanweisung für die Therapeuten sind in Abhängigkeit von den jeweils zu Grunde liegenden Krankheitsmodellen und Menschenbildern sehr unterschiedlich“ (S.264).

Damit ist gemeint, dass Manuale nicht im Widerspruch zu der therapeutischen Richtung stehen dürfen aus der sie kommen. Die grundlegenden Charakteristiker und Annahmen bzw. Einstellungen einer Therapierichtung müssen auch in einem Manual erhalten bleiben.

In Bezug auf die personenzentrierte Psychotherapie werden eben diese von Keil und Stumm (2002) wie folgt beschrieben:

- Die zentrale Annahme einer Aktualisierungstendenz, einer allen Organismen innewohnenden Tendenz, alle ihre Möglichkeiten so zu entwickeln, dass sie den Organismus als Ganzes erhalten und fördern.
- Die Definition von Bedingungen für den Therapieprozess:
 - Einstellungen auf Seiten des Therapeuten: Kongruenz, bedingungsfreie Anerkennung der Erfahrungen des Patienten, emphatisches Verstehen
 - Inkongruenz auf Seiten des Patienten
 - Beziehung zwischen Patient und Therapeut: psychologischer Kontakt, Wahrnehmung des Beziehungsangebots durch den Patienten.
- Die Annahme, dass die Therapie dabei keiner systematisch oder gar schematisch anzuwendenden Techniken bedarf (Zitiert nach: Eckert, 2006, S.264).

Allein der letzte Punkt dieser Aufzählung zeigt, dass die Möglichkeiten von Manualisierung in der Psychotherapie begrenzt sind, denn eine Vorgabe konkreter Behandlungsschritte, detailliert vorgegebene Inhalte, so wie Techniken, sind von Seiten der personenzentrierten Psychotherapie kaum erwünscht.

Eckert und Biermann-Ratjen (2006) haben sich bei der Entwicklung ihrer Manuale, welche zu einem späteren Zeitpunkt noch in dieser Arbeit

behandelt werden, besonders in Bezug auf die Handlungsanweisungen an Folgendes gehalten:

- „Die Handlungsanweisungen sollen die von Rogers formulierten Prinzipien weder ersetzen noch modifizieren. Sie sollen nur in der Weise befolgt werden, dass z.B. durch konkretes Verhalten der Herstellung der (von Rogers formulierten) Bedingungen für eine positive Entwicklung des Patienten in der Therapie unterstützt wird.
- Die Handlungsanweisungen sind nicht als Verhaltensregeln in konkreten Situationen zu verstehen. Es geht in einem solchen Manual nicht darum, für bestimmte Therapiestunden oder eng gefasste Abschnitte der Therapie Aufgaben zu formulieren, die dann möglichst manualgetreu vom Therapeuten mit dem Patienten umzusetzen sind.
- Die Handlungsanweisungen sind auf der Ebene spezifischer Verhaltensformen angesiedelt, das heißt, sie sind als Möglichkeiten formuliert wie sich der Therapeut in den Therapieprozess einbringen kann. Aus den Anweisungen können konkrete Verhaltensweisen unter Berücksichtigung spezifischer situativer Bedingungen abgeleitet werden“ (S.265).

Der Aufbau von Gesprächspsychotherapiemanualen ist dann stets ähnlich. In der Regel wird mit einer Beschreibung der Störung begonnen, welche in enger Anlehnung an das Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben wird. Anschließend werden Besonderheiten des Gesprächsverlaufs bei dieser speziellen Störung diskutiert, indem die für die Störung spezifischen Ausprägungen von Inkongruenz dargestellt werden. Zeitgleich werden Mittel und Techniken zur Behebung dieser Probleme vorgeschlagen, meistens werden diese noch mit Fallbeispielen untermauert.

Jedoch um aus therapiespezifischen Grundsätzen, systematische und detaillierte Handlungsvorgaben abzuleiten, bedarf es einer exakten Zuordnung bestimmter Interventionsformen zu den entsprechenden Problemkreisen und einer klar nuancierten Therapietheorie, welche

wiederum auf der Krankheitslehre aufbaut und zu unterscheiden ist von Therapieprinzipien und der Therapietechnik. Die aus den Therapieprinzipien abgeleitete Therapietechnik soll bewirken, dass das unmittelbar Gegebene in seinen Facettenreichtum betrachtet, die Inkongruenz in ihrer jeweiligen Konstellation erhellt und die Beziehungskonflikte geklärt und ausgelöst werden (Finke, 1994).

In der Praxis wird nun davon ausgegangen, dass eine manualgestützte Therapie auf Standardsituationen aufbauen kann, die für die jeweilige Störung spezifisch, aber auch prägend ist und die, zwar auf die individuelle Situation der Patienten angepasst, in ihrem Grundmuster konstant ist, so dass ein vorläufiger Therapieplan erstellt werden kann. Ein vorläufiger Therapieplan darf aber keinesfalls so gestaltet sein, dass der Therapeut in seiner Flexibilität eingeschränkt ist, denn ein Manual soll lediglich ein Grundkonzept der therapeutischen Vorgehensweise aufzeigen und eine gewisse Orientierung ermöglichen, nicht aber die, für die Gesprächstherapie charakteristische, therapeutische Kreativität mindern. Nicht allein die Symptome einer Störung sind für die Gestaltung der Therapie relevant, sondern wie schon erwähnt, müssen auch die Persönlichkeitsstruktur und die beizeiten inter- und intrapersonellen Konflikt- und Rollenmuster in die Therapie einfließen, und somit auch in der Gestaltung des Therapieplans beachtet werden (Finke & Teusch, 1999).

Die Anzahl von personenzentrierten Psychotherapiemanualen ist nicht besonders hoch, da gerade in nicht symptomzentrierten Therapien die allgemeinen Einwände gegen den Trend zur Manualisierung vermehrt zum tragen kommen.

Dennoch wurden in den letzten Jahren einige entwickelt und auf den Markt gebracht. Zum einen wäre das ein Manual zur Behandlung von Panikstörungen, zum anderen eines zur Behandlung von Depressionen. Beide Manuale wurden von den Herren Finke und Teusch (1995, 1999) herausgegeben. Biermann-Ratjen und Eckert (2001) haben sich ebenfalls mit der Entwicklung von Handlungsempfehlungen befasst und Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von

Anpassungsstörungen herausgegeben, so wie zusammen mit Schützmann und Laleik ein Manual zur ambulanten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa verfasst. Diese beiden im deutschen Sprachraum entwickelten Manuale bzw. Leitlinien sollen nun als Beispiele für klientenzentrierte Psychotherapiemanuale beschrieben und diskutiert werden.

3.3.2.1.1. Beispiele für personenzentrierte Psychotherapiemanuale

Das 2006 erschienene Buch „Gesprächspsychotherapie“ von Eckert, Biermann-Ratjen und Höger, sieht sich als Lehrbuch für die Praxis, mit dessen Hilfe eine Brücke zwischen Theorie und Praxis, der von dem amerikanischen Psychologen Carl Rogers entwickelten personenzentrierten Psychotherapie, geschlagen werden soll. Umfassend werden die Felder der Gesprächspsychotherapie behandelt und zahlreiche Facetten besprochen, immer mit dem Versuch diese durch Praxisbeispiele zu untermauern. Auch die Entwicklungen der jüngsten Zeit werden von den Autoren nicht außer Acht gelassen und so stellen sie in diesem Buch zwei Gesprächspsychotherapiemanuale vor. Ein Manual dient der Behandlung von Anpassungsstörungen und ein weiteres der Behandlung von Bulimia nervosa.

Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Anpassungsstörungen

Dieses von Biermann- Ratjen und Eckert im Rahmen eines Forschungsprojekts der Universität Hamburg entwickelte Manual, entspricht vom Aufbau her der bereits erwähnten Struktur. Zu Beginn erfolgt eine Definition der Störung, wie in diesem Fall eben der Anpassungsstörung und in weiterer Folge eine Beschreibung und Differenzierung der unterschiedlichen Ausprägungen. Die Behandlung ist zeitlich limitiert und in drei Phasen unterteilt. Für alle drei Phasen werden

bestimmte Themen empfohlen, die vom Therapeuten aufgegriffen werden sollen, aber entsprechend der Situation des Patienten auch angepasst werden können. „Der Fokus der Behandlung der Anpassungsstörung ist in der ersten Phase die Vermeidung der Beschäftigung mit der Belastung“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2006, S.462). Das Ergebnis dieser ersten Phase soll sein, dass der Patient erkennt, dass die eigentliche Belastung in den eigenen Gefühlen liegt, damit diese in den folgenden Phasen in den Mittelpunkt des Behandlungsgeschehens gerückt werden können. In der zweiten Phase soll mit Hilfe von empathischem Miterleben seitens des Therapeuten das Selbstverständnis des Patienten in Frage gestellt werden. „In der dritten Phase werden in einer immer detaillierter werdenden Auseinandersetzung mit den belastenden Erfahrungen die in ihnen enthaltenden Selbsterfahrungen immer differenzierter erlebt und als dazu gehörend akzeptiert werden können“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2006, S.463). Wodurch sie in das Selbstkonzept und somit in das bewusste Erleben integriert werden können und daher die soziale Leistungsfähigkeit des Patienten nicht mehr beeinträchtigen. Zu diesem Drei- Phasentherapieplan existieren noch therapeutische Empfehlungen, die dem Therapeuten Mittel zur Bewältigung von Problemen im Laufe der Therapie liefern sollen.

Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa

Wie schon das vorangegangene Manual wurde auch dieses zur Bewältigung einer Bulimia nervosa an der Universität Hamburg im Rahmen einer Forschungsreihe entwickelt. Die Autoren Schützmann, Laleik, Biermann- Ratjen und Eckert (2006) stützen sich diesmal bei der Beschreibung der Störung auf beide Diagnosesysteme, da diese in DSM-IV und ICD-10 ähnlich beschrieben werden. Weiters werden die Charakteristiken der Bulimia nervosa beschrieben. Diese belaufen sich auf die Selbstwertproblematik, so wie auf problematische Intimitätsmuster und Beziehungsstile und des weitern auf frühe Bindungsstörungen und ein damit verbundenes gestörtes Bindungsverhalten. Weiters werden

Störungen des Selbstkonzepts und der Körperwahrnehmung erklärt und das Problem der Komorbidität behandelt. In einem nächsten Schritt wird der Therapeut über die Entstehungsmöglichkeiten dieser speziellen Krankheit sehr detailreich in Kenntnis gesetzt. Anschließend werden die Risikofaktoren für die Entstehung von Bulimie erklärt. Neben den biologischen Risikofaktoren können auch die soziokulturellen Risikofaktoren, oder ein fehlgeleitetes Diätverhalten, so wie eine Traumatisierung zu einer Störung dieser Art führen. Dann folgen Leitlinien für die einzelnen Therapiephasen. Diese Leitlinien bestehen vorwiegend aus Handlungsempfehlungen, die sich auf die störungsspezifischen Aspekte der Bulimia nervosa beziehen. Die Autoren merken aber an, dass Therapieelemente, die dem allgemeinen klientenzentrierten Therapiemodell entsprechend nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt werden sollen. Wiederum werden drei Therapieabschnitte angesetzt:

- Therapieeingangsphase
- Mittlere Therapiephase
- Therapieausgangsphase

Für alle drei Phasen werden konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. In der ersten Phase, soll das subjektive Erleben bei der Entstehung der Essstörung bearbeitet werden. So sollen auch die Vermittlung von Informationen über die Essstörung, die Einführung von einem Tagebuch und Essensprotokollen zum Bewusstwerdungsprozess beitragen. In der zweiten Therapiephase wird das gegenwärtige Erleben bearbeitet, außerdem soll der Patient auf Rückfälle und ihre Bewältigung vorbereitet werden. Ebenso sollen die Zusammenhänge zwischen den Fress-Brechanfällen und den immer wieder thematisierten Erfahrungen hergestellt werden.

In der dritten Phase soll als Ziel der Therapie vermehrt angestrebt werden, dass der Klient lernt die in der Therapie freigesetzten Selbstheilungskräfte zu nutzen und damit den begonnenen Entwicklungsprozess zu stabilisieren. In dieser Phase wird auch der Abschluss der Therapie vorbereitet, indem mögliche Rückfälle während der Trennungsphase und

im Anschluss an die Therapie besprochen und außerdem Bilanz über das in der Therapie Erreichte gezogen wird.

3.4. Manualisierung in der Ausbildung

In der Regel haben Psychotherapeuten einen langen und kostenintensiven Ausbildungsweg hinter sich, bis sie (ambulant) als Therapeut tätig sein können. Gemeint ist die „methodenspezifische postgraduale Weiterbildung“ (Frohburg, 1999, S.3), die auf das universitäre Studium der Psychologie oder Pädagogik folgt.

Doch erst nach dieser intensiven Ausbildung beginnt der Weg zur Professionalität, da zu Beginn das theoretische Wissen überwiegt und praktische Erfahrungen spärlich vorhanden sind.

Hier finden Manuale ihren Platz in der Ausbildung von Psychotherapeuten, da in dieser ersten Phase des „Therapeutseins“ zumeist noch große Unsicherheit bezüglich des Ablaufs einer Therapie herrscht und Therapeuten somit nicht sofort nach Beendigung der Ausbildung uneingeschränkt einsetzbar sind. In den USA kommt es unter anderem aus diesem Grund bereits zu erheblichen Veränderungen in der Ausbildung von Psychotherapeuten und klinischen Psychologen. Therapeuten gelten als gut ausgebildet, wenn sie eine möglichst hohe Zahl an Manualen „intus“ haben. Das bedeutet, dass Therapeuten nicht mehr auf die herkömmliche Weise, sprich lang, intensiv und vor allem mit hohen Kosten verbunden, ausgebildet werden müssen, sondern, dass man Psychotherapeutenanwärter einfach mit Manualen füttert, die sie je nach Notwendigkeit auf die einzelnen Störungen anwenden.

Diese Entwicklung, vorausgesetzt sie setzt sich fort, würde eine entscheidende Wende in der Psychotherapielandschaft bringen, da eine individuelle Therapie unter solchen Ausbildungsvoraussetzungen gar nicht mehr möglich wäre. Dem Therapeuten auf Grund seiner eingeschränkten Ausbildung würde schlichtweg das professionelle Wissen fehlen um entsprechend handeln zu können, denn er hätte auf Grund des Einhaltens

der Manualvorschriften auch nicht die Möglichkeit sich persönliche Professionalität und Souveränität anzueignen.

Psychotherapie nach Manualen erfordert also keine spezifische therapeutische Ausbildung und Erfahrung mehr, sondern ermöglicht „Psychotherapeuten mit geringer Erfahrung oder Menschen ohne spezieller psychotherapeutischer Ausbildung ebenfalls die Durchführung einer Psychotherapie“ (Schramm, 1996, S.9).

In diesem Ausbildungsplan würden Therapiemanuale in Kombination mit einem Diagnostikmanual das Wissen ersetzen, das sich Psychotherapeuten im Laufe eines Lebens erarbeiten.

4. Die Bedeutung und Auswirkungen des Trends auf die momentane Situation der Psychotherapie und Beratung

4.1. Darstellung der Debatte: Meinungen, Aussagen und Feststellungen von Forschern und Wissenschaftern zum Thema „Manualisierung“.

Wie bereits erwähnt, herrscht in Fachkreisen bislang keine Einigkeit darüber, welche Rolle die Manualisierung in Psychotherapie und psychologischer Beratung zu spielen hat. Ebenso wenig sind ihre negativen und positiven Auswirkungen auf die Forschung und Praxis geklärt. Somit führten diese Meinungsdiskrepanzen in den letzten Jahren immer wieder zu heftigen Diskussionen. Während sich einige von Manualisierung, empirischer Überprüfung und evidenzbasierter Psychotherapie die „Heilung der zersplitterten Therapielandschaft“ (Buchholz, 2004, S.4) erhoffen, befürchten andere die „Verwüstung einer therapeutischen Vielfalt“ (Buchholz, 2004, S.4), wobei angemerkt werden muss, dass sich für beide „Pole“ namhafte Vertreter gefunden haben.

Strupp (2000) spricht von einer „Ära der Therapiemanuale“ (S.6), die in den Achtzigern begann, als Manuale Einzug in die Psychotherapieforschung hielten. Grund dafür war, laut Strupp, „das Fehlen klarer Beschreibungen der unabhängigen Variable, also der Behandlung selbst“(S.6). Er kann dem spezifischen und konkreten Aufbau von Manualen durchaus etwas abgewinnen, da sie, besonders in psychodynamischen Therapieformen, zu Verbesserungen geführt haben. „Insbesondere für Kurzzeitpsychotherapien haben sich Manuale bewährt“ (S.7), welche er für die Zukunft der Psychotherapie hält.

Scaturo (2001) fasst es noch weiter und glaubt an ein „Zeitalter der Manualisierung“ (S. 522), welche mit ihrer Spezifität den großen Psychotherapieschulen ihre Unzulänglichkeiten im klinischen Alltag vor Augen führt. Da keine Schule allen Umständen der Praxis gewachsen ist, wenngleich er auch anmerkt, dass Leitlinien bei bestimmten Patienten

ebenso Grenzen haben, hält er die Entwicklungen und den Trend hin zu einer vermehrten Behandlung mit Manualen für einen Vorteil.

Dem entgegen steht Buchholz (2004), der von dem „Dilemma der Manualisierung“ (S.6) spricht. Ausgehend von der Forschung und dem immer gerne geforderten Goldstandard, ist eine genaue Definition vonnöten, jedoch meint Buchholz, „je höher die methodische Präzision, desto geringer ihr klinischer Wert“ (S.6). Was bedeutet, je genauer ausgeführt ein Manual ist, umso wertvoller ist es für die Forschung, da es leichter fällt kausale Zusammenhänge zu erkennen und Folgerungen zu ziehen. „Je mehr ein Manual aber diesem Ideal entspricht, umso weniger ähnelt das was geschieht noch irgendeiner professionellen Therapie“(S.6).

Addis und Cardemil (2005) sehen die Debatte entspannter, denn in ihren Augen wurde unnötig stark polarisiert, mit dem Ergebnis, dass „more heat, than light“ (S.137) produziert wurde. Sie sind nämlich der Meinung, dass Manuale unter den entsprechenden Bedingungen eine große Hilfe für den Therapeuten und ein wichtige Erweiterung der Psychotherapie, so wie ein Schritt in Richtung EBP sein können. Jedoch verwehren sie sich gegen die Behauptungen Manuale wären besser als herkömmliche Behandlungen oder die Psychotherapie wäre ohne sie nicht in der Lage Wissenschaftlichkeit und Qualität, im Sinne einer Evidenzbasierung, unter einen Hut zu bekommen.

Sehr kreativ und nicht minder unterhaltsam sind die Vergleiche, die über die Jahre angestellt wurden. So bezeichnet Silverman (1996) manualisierte Behandlungen als „Malen nach Zahlen“ (S.207) und Smith (1995) spricht von einer „Kochbuch Mentalität“(S.40). Bohart, O'Hara und Leitner (1998) stellen überhaupt fest, dass ein Therapeut ein „disziplinierter improvisierender Künstler und kein manualgesteuerter Techniker“ (S. 145) ist. Eine Ansicht, die Elliott (1998) teilt. Auch Tschuschke (2005) bringt einen treffenden Vergleich. Er meint nämlich, „manualisierte Psychotherapie ähnelt dem Versuch, aus jedem Musiker

einen Konzertvirtuosen zu machen, wenn er sich nur exakt an die Noten hielte“ (S.112) und bezeichnet sie somit als sinnlos und wirklichkeitsfremd. Anna Auckenthaler (2000), eine der erbitternsten Gegnerinnen des Manualisierungstrends, kritisiert die aktuellen Entwicklungen im Psychotherapiegeschehen als eine „Reduktion der Psychotherapie auf die Behandlung von Störungen“(S.214). Sie lehnt es ab, therapeutische Manuale als „Gütesiegel“ einer Psychotherapie anzusehen, da Manuale nicht nur zur Einengung des Angebots führen und die Individualisierungschancen von Klienten erheblich einschränken würden, sondern auch eine Auswirkung auf die Therapeuten-Klienten-Beziehung hätten. Dabei würde nämlich das Verfahren in den Vordergrund und die Therapiebeziehung eher in den Hintergrund rücken. Mit Berns kann die Therapeuten-Klientenbeziehung als „die Essenz einer Psychotherapie, nicht aber das spezifische technische Verfahren“ (Berns, 2005, S. 26) bezeichnet werden.

Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagel und von Zülow (2003) teilen wiederum Auckenthalers Ansichten. Sie fürchten eine „Medikalisierung der Psychotherapie“ (Auckenthaler, 2000) und halten die Anwendung von Manualen nicht einmal in der Wirksamkeitsforschung für angebracht (S.10).

Kriz (2000) hingegen meint, dass selbst bei „einer Verkrümmung der Psychotherapie zu einer sklavisch- beschränkten Manualvollstreckung am Patienten“ es eine „Therapieform A“ nie so rein geben können wird, wie die „Pharma- Substanz A“ (S.9). Dies führt ein Streben nach einer vollständigen Standardisierung, oder einer Medikalisierung ad Absurdum, ebenso wie die Befürchtung es könnte tatsächlich so weit kommen.

Im Gegensatz zu Auckenthaler stehen Ambühl und Orlinsky, die in der Reduktion der Komplexität des therapeutischen Geschehens die Möglichkeit erkennen, dem Therapeuten die Diagnose und die Entwicklung von Behandlungszielen zu erleichtern und dem Klienten dadurch eine effektivere Therapie zu offerieren (Ambühl & Orlinsky, 1997, S. 290-298). Auch Kazdin (1994) erachtet die Entwicklung für wichtig, da

sie einen Beitrag zur Operationalisierung der therapeutischen Praxis leistet (S. 21).

Lambert und Bergin (1994) schließen sich Kazdin an, können aber auch noch weitere positive Aspekte in der Verwendung von Psychotherpiemanualen erkennen. In ihren Augen erleichtern Manuale die Entwicklung von Beurteilungsskalen (Bewertungsgrundlagen) sowohl für Behandlungen als auch Therapeuten. Sie vereinfachen die Analyse von Behandlungen und machen sie in jeder Hinsicht nachvollziehbar.

Einen entscheidenden Punkt sehen sie darin, dass sich durch die Anwendung von Manualen die „Identifikation mit einer einzigen therapeutischen Orientierung“ (S.169) reduziert, auch wenn sie die Zweifel von Berufskollegen durchaus anerkennen.

Auch Beutler, Machado und Allstetter Neufeld (1994) goutieren diesen Umstand, wobei sie einen Einfluss von Manualen auf die Rolle des Therapeuten befürchten, da Studien belegen, dass die Person des Therapeuten durch manualisierte Behandlungsverfahren einen andern Stellenwert erhält.

Auch im Ausbildungsbereich klaffen die Meinungen auseinander: Während Elisabeth Schramm (1996) Manuale für die Chance hält, Psychotherapeuten mit geringer Erfahrung oder Menschen ohne spezieller psychotherapeutischer Ausbildung ebenfalls die Durchführung einer Psychotherapie zu ermöglichen (S. 9), befürchten zahlreiche andere genau diesen Umstand (Auckenthaler, 2000, S.220).

Lambert und Bergin (1994) halten diese Form der Ausbildung für einen „präzisen und organisierten Weg“ (S. 168), um Psychotherapeuten auszubilden und zu supervisieren. Ebenso sehen sie einen Vorteil in der Beschleunigung der Ausbildung, die durch Manuale erreicht werden kann. Grawe (2005) hat, laut eigener Aussage, „nichts gegen Manuale an der richtigen Stelle“(S.5). Er hält sie im Bereich der Ausbildung für wichtig, da sie angehenden Therapeuten „Handlungssicherheit geben und Erfahrungswissen vermitteln“ (S.5). Er glaubt, dass eine Loslösung von manualgeleiteten Behandlungen mit wachsender Erfahrung und Kompetenz ohnehin passiert und der Therapeut seine eigenen kreativen

Behandlungsformen entwickelt, die dann individuell auf Patient und Situation zugeschnitten sind.

Tschuschke (2005) hält Manuale „allenfalls für in Ausbildung und Supervision befindliche Psychotherapeuten“ (S.112) angemessen, ansonsten verkennen sie die Komplexität alltäglich klinischer Arbeit.

Jedoch konnten Chambless und Ollendick (2001) keine Nachweise finden, die beweisen, dass eine manualisierte Behandlung einer individuellen Behandlung unterlegen wäre. Ebenso wenig wie sie nachweisen konnten, dass manualgestützte Ausbildungen von Therapeuten einen Nachteil bringen.

Im Gegensatz zu Henry (1998), der schon einige Jahre zuvor nachweisen konnte, dass Behandlungen nach Manual weniger wirksam und im schlimmsten Fall sogar schädlich sein können. Er beruft sich da wieder auf die Therapeut- Klientenbeziehung, die sich in einer strikt manualgeleiteten Therapie nicht ausreichend ausbilden kann. Flexibel angewandte Manuale verurteilt er nicht.

Als weiteres Argument für den Manualisierungstrend wird die empirische Überprüfbarkeit der Psychotherapie angeführt, mit der ein Standard für die Wirksamkeitsforschung und somit auch der Versuch einer Qualitätssicherung geschaffen werden könnte. Ob dies allerdings wirklich der Fall ist wird vielseitig diskutiert (Fydrich & Schneider, 2006; Zurhorst, 2003; Wilson, 1996). Bower und King (2000) sehen die Hauptfunktion von Manualen in der Forschung und dort hauptsächlich in Vergleichsstudien, da es mitunter die einzige Möglichkeit ist, Behandlungen verlässlich zu testen und zu vergleichen. Für die Praxis sind sie nach Meinung der beiden nicht geeignet, da sie nicht den Anforderungen des klinischen Alltags entsprechen, der „flexibel, selbstkorrigierend und –reagierend“ (S. 93) gegenüber dem Patienten sein sollte, was ein Manual auf keinen Fall sein kann. Eine Ansicht die auch Kriz (2000) vertritt, indem er meint, dass man „das Leben nicht in ein Labor sperren kann, nur weil die Forschung dort etwas artefaktärmer verläuft“ (S.9). Weiters verdeutlicht eben dieser (2005), dass es nicht möglich ist aufbauend auf „Befunde unter Laborbedingungen an nicht- komorbiden Patienten mit „reinen“

manualisierten Vorgehensweisen“ (S. 15) Rückschlüsse auf die Wirksamkeit bei realen Patienten zu ziehen.

Havik und VandenBos (1996) schließen sich Garfield (1996) an, der eine ähnliche Meinung vertritt, wie Bower und King (2000). Nämlich, dass sich Manuale für die Psychotherapeutische Praxis nicht eignen, da sie eigentlich ein Instrument der Forschung sind und dort im kontrollierten Rahmen mit ausgewählten Patienten verwendet werden. Hingegen „im alltäglichen klinischen Setting hat man meist nicht die Möglichkeit nur auf hoch motivierte „'ein Problem' Patienten zu treffen“ (Havik & VandenBos, 1996, S. 264).

Dilg (2005) meint dazu, dass der Manualisierung ohnehin „praktische Grenzen gesetzt sind“, da es in der Praxis kaum möglich wäre, „dass Therapeuten so viele Behandlungsmanuale beherrschen könnten, dass es in der alltäglichen Arbeit von Wert wäre“ (S. 251). Außerdem verweist er ebenfalls auf die Komorbiditäts- bzw. Multimorbiditätsproblematik, die von zahlreichen Wissenschaftlern immer wieder in die Diskussion eingebracht wird (Auckenthaler, 2000; Buchholz, 2004; Frohburg, 2006; Henningsen & Rudolf, 2000; Kriz 2000, 2005). Da eine Störung, die alleine auftritt, eher eine Ausnahme ist, wie Westen, Novotny und Thompson- Brenner (2004) feststellen.

Jacobi (2001) jedoch baut auf das Wissen und Sachverständnis des Therapeuten, denn in Manualen steckt „immerhin einiges an komprimierten und meist gut aufbereiteten empirischem Wissen“ (S.12). Und „wenn Therapeuten wissen, bei welchen Problemkonstellationen sie von einem unspezifischen, intuitiven Vorgehen auf ein an manualisierte Regeln orientiertes Vorgehen umschalten müssen und umgekehrt, verlieren einige der vehementen Befürchtungen der Manual-Gegner an Gewicht“ (S. 12).

4.2. Die Erfahrungen des Praktikers: Nationaler Praktikerreport von Addis und Krasnow 2000.

Die Meinungen, die in den vorangehenden Seiten zitiert, dargestellt und zusammengefasst wurden, stammen allesamt aus Artikeln, die entweder in wissenschaftlichen Zeitschriften oder Büchern publiziert wurden.

Addis und Krasnow haben sich die Mühe gemacht auch Praktikern, deren Haupttätigkeit in der klinischen Praxis und nicht in der wissenschaftlichen Arbeit liegt, eine Stimme zu geben und sie zum Thema Manualisierung befragt.

Sie haben Fragenkataloge an 2970 Psychologen und Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulen ausgegeben, um deren Einstellung gegenüber Manualen zu überprüfen.

Der Fragebogen bestand aus 52 Unterteilungen und war als anonymer Selbstreport gedacht, mit dessen Hilfe die Erfahrungen, Einstellungen und Überzeugungen der Therapeuten in Bezug auf Manuale und deren Anwendung überprüft werden sollten.

Die Resonanz war gering, lediglich 30 % meldeten sich zurück.

Natürlich handelt es sich um eine nationale Studie, die im internationalen Vergleich möglicherweise nicht bestehen würde, da sie sich auf die Vereinigten Staat von Amerika beschränkt. Dennoch wirft sie ein interessantes und überraschendes Licht auf die Manualisierungsdebatte.

4.2.1. Die Untersuchung

Neben den klassischen demographischen Daten wurden die teilnehmenden Praktiker nach ihren Erfahrungen mit Behandlungsmanualen, aber auch nach speziellen Einstellungen zu eben diesen, befragt.

Um die Repräsentativität der Studie zu gewährleisten, wurden die demographischen Daten mit den statistischen Daten der Forschungsabteilung der APA verglichen. Zwar wurden einige Unterschiede festgestellt, welche Addis und Krasnow auf den Umstand

zurückführen, dass nicht alle Mitglieder der APA klinische Psychologen sind. Sie haben sich darauf beschränkt, ausschließlich Therapeuten zu befragen, die zu mindest Halbzeit in der klinischen Praxis beschäftigt sind.

Ebendiese lassen sich in Tabelle 2 ablesen und bedürfen demnach keiner weiteren Erläuterung.

Variable	%	n	M	SD
Geschlecht				
Männlich	52	46 6		
Weiblich	47	41 7		
Alter (in Jahren)			49,3 3	7,78
Jahre seit dem Abschluss			17,4 0	7,50
Jahre in der klinischen Praxis			17,60	7,35
Hauptarbeitsstätte				
Kolleg/ Universität/ akademisch	9	81		
Kolleg/ universitäre Beratung	2	21		
Gemeinschafts-klinik/ Praxis	7	61		
Gesundhets organisation (managed care)	2	19		
Grund-/ Mittelschule	2	16		
Private Praxis	56	49 9		
Krankenhaus	10	90		
Anderes	10	86		
Vorherrschende Berufsausübung				
Direkter Patientenkontakt	76	67 3		
Unterrichten				

Grundschule/ Mittelschule	1	6		
Kolleg/ Universität	6	52		
Forschung	3	29		
Beratung	4	31		
Anderes	9	81		
Jährliche Fälle In Prozent				
Infants (Kleinkinder)			1	6
Kinder			15	19
Jugendliche			16	16
Erwachsene			69	28
Ältere Partienten			10	16
Vorherrschende theoretische Orientierung				
Verhaltenstherapie	4	31		
Kognitive Verhaltenstherapie	43	38 4		
Humanistische Therapie	6	51		
Soziales Lernen	2	13		
Psychodynamische /analytische Therapie	24	21 2		
Interpersonale Therapie	6	49		
Familiensystema- tische Therapie	4	35		
Anderes	11	10 0		

Anmerkung: Prozentsätze wurden gerundet

Tabelle 2: Charakteristika der Stichprobe, Addis & Krasnow, 2000, S 333

Tabelle 3 zeigt nun den ersten Teil der Untersuchung, nämlich die Erfahrungen, die Therapeuten mit Manualen in ihrer täglichen Arbeit gemacht haben.

Frage (und Gesamtzahl der Antworten)	n	%
Haben sie bereits von psychotherapeutischen Behandlungsmanualen gehört? (n = 867)		
Ja	667	77
Nein	200	23
Ist ihnen klar was unter einem psychotherapeutischen Behandlungsmanual zu verstehen ist? (n = 688)		
Völlig unklar	59	9
Einigermaßen unklar	197	29
Verhältnismäßig klar	315	46
Total klar	117	17
Haben sie sich bereits Gedanken über die Verwendung von Behandlungsmanualen in der klinischen Praxis gemacht? (n = 684)		
Gar keine	154	23
Wenige	206	30
Einige	190	28
Einige mehr	83	12
Viele	51	8
Wie stark sind ihre Einstellungen/Gefühle gegenüber der Rolle von Behandlungsmanualen in der Praxis? (n = 677)		
Nicht stark	236	35
Einigermaßen stark	277	41
Stark	121	18
Sehr stark	43	6
Wie würden sie ihre erste Erfahrung mit Behandlungsmanualen beschreiben? (n = 591)		
Positiv	202	34
Negative	122	21
Neutral	267	45
Wie oft verwenden sie Behandlungsmanuale in ihren klinischen (nicht Forschungs-) Praxis? (n = 669)		
Niemals	317	47
Selten	150	22
Manchmal	160	24
Oft	38	6
Ausschließlich immer	4	1
Wie oft verwenden sie Behandlungsmanuale in ihren Forschungsarbeiten? (n = 669)		
Ich betreibe keine Forschung	440	66
Niemals	111	17

Selten	43	6
Manchmal	41	6
Oft	26	4
Ausschließlich	8	1
Wie viele verschiedene Manuale verwenden sie auf einer semi- regulären Basis? (n = 667)		
Keines	386	58
1-2	206	31
3-4	58	9
> 4	17	3
Haben sie jemals an der Entwicklung eines Manuals mitgearbeitet? (n = 669)		
Ja	108	16
Nein	561	84

Anmerkung: Prozentsätze sind gerundet

Tabelle 3: Erfahrungen von Praktikern mit Manualen, Addis & Krasnow, 2000, S 334

Immerhin gaben 77% der Befragten an, schon einmal von Behandlungsmanualen gehört zu haben, wovon 63 % eine klare Vorstellung davon hatten, was ein Manual ist, die restlichen 37% mehr eine unklare Idee.

Ihre ersten Erfahrungen mit manualisierten Behandlungen bewerteten nur 21 % als negativ, der Rest äußerte sich neutral oder positiv (34 %).

Wobei zu sagen ist, dass fast die Hälfte der an der Untersuchung teilnehmenden Psychotherapeuten noch nie ein Manual benutzt hat. Nur 6 % setzen sie regelmäßig im klinischen Alltag ein.

Betrachtet man das Ausmaß der Debatte im wissenschaftlichen Diskurs verwundert es doch sehr, dass sich laut dieser Befragung der Großteil der Befragten noch nie Gedanken über Behandlungsmanuals und deren Auswirkungen gemacht haben, obwohl die meisten doch über einiges an Erfahrung in diesem Bereich verfügen.

	Position	Mittelwert	SD
1.	Manuale machen aus Therapeuten Techniker und keine sorgenden Menschen.	2,78	1,18

2.	Manuale bewirken, dass die einzelnen Klienten in willkürliche Kategorien eingeordnet werden.	3,08	1,11
3.	Die Verwendung von Behandlungsmanualen bewirkt, dass sich Therapeuten mehr Gedanken über die Befolgung des Manuals als über die individuellen Bedürfnisse ihrer Klienten.	2,95	1,06
4.	Die Verwendung von Behandlungsmanualen verhindert, dass Therapeuten ihre Intuition im Umgang mit dem Klienten vernachlässigen.	2,78	1,11
5.	Behandlungsmanuale ignorieren die einzigartigen Einflüsse eines Therapeuten in einer individuell gestalten Therapie.	3,19	1,13
6.	Die Verwendung von Psychotherapiemanualen beeinträchtigt die Authentizität der therapeutischen Interaktionen.	2,93	1,15
7.	Die Verwendung von Psychotherapiemanualen untergräbt die therapeutische Kreativität und Kunst.	2,95	1,13
8.	Behandlungsmanuale sind für ausgewählte Klienten in Forschungen geeignet, nicht aber für jene, mit denen Therapeuten in der täglichen Praxis konfrontiert sind.	2,62	1,01
9.	Behandlungsmanuale überbetonen die therapeutischen Techniken.	3,28	1,04
10.	Manuale verlangen von Therapeuten sich auf eine theoretische Orientierung zu beschränken.	2,97	1,11
11.	Behandlungsmanuale helfen Praktikern nur Interventionen anzuwenden, die bereits als effektiv getestet wurden.	2,96	1,03
12.	Das Befolgen eines Behandlungsmanuals wird das therapeutische Ergebnis verbessern, in dem versichert wird, dass die verwendete Behandlung durch Forschungen gestützt ist.	2,96	1,06
13.	Behandlungsmanuale, sofern sie angemessen eingesetzt werden, heben das durchschnittliche Ergebnis von Klienten die therapeutisch behandelt wurden.	3,17	0,94
14.	Manuale können Therapeuten helfen den	3,56	0,91

	roten Faden nicht zu verlieren.		
15.	Wurde die Effektivität eines Verfahrens wissenschaftlich erwiesen, ist der Therapeut ethisch verpflichtet diese Behandlung einer nicht getesteten vorzuziehen.	2,50	1,07
16.	Die Verwendung von Behandlungsmanualen hilft dem Therapeuten seine therapeutischen Fähigkeiten zu evaluieren und zu verbessern.	3,36	0,91
17.	Die Psychotherapie bewegt sich möglicherweise auf eine reine Manualbasierte Praxis zu.	2,40	1,07

1= stimme gar nicht zu; 2= stimme nicht zu, 3= neutral, 4= stimme zu, 5= stimme vollkommen zu

Tabelle 4: Die Einstellungen von Praktikern gegenüber Manualen, Addis & Krasnow, 2000, S 335

Betrachtet man Tabelle 4, lässt sich auch noch eine moderate Einstellung erkennen. So wurde zum Beispiel die Aussage, dass Manuale aus Therapeuten Techniker machen auf einer Skala von 1 bis 5 durchschnittlich mit 2,78 bewertet, wobei 1 „ich stimme gar nicht zu“ und 5 „Ich stimme völlig zu“ bedeutet. Eine ähnliche Durchschnittsbewertung, nämlich 2,93, bekam die Aussage, dass Manuale die Authentizität einer therapeutischen Interaktion beeinflussen.

	Wie gut charakterisieren diese Aussagen ein Behandlungsmanual?	M	SD
1.	Eine Beschreibung spezifischer Therapeutischer Techniken	4,18	0,77
2.	Eine Betonung der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung	2,61	0,97
3.	Eine Darstellung einer umfassenden Theorie des Wandels	2,81	1,04
4.	Eine Darstellung einer umfassenden Theorie von Psychopathologie	2,44	0,93
5.	Eine genaue Diskussion der Beziehung zwischen Theorie und Behandlung	2,71	0,96
6.	Ein „Kochbuch“ therapeutischer Techniken	3,73	0,95
7.	Eine Betonung der individuellen Fallkonzeption	2,61	1,00
8.	Klinisch relevante Fallbeispiele	3,54	0,84
9.	Ein Behandlungsprotokoll eingeführt von einer	3,28	1,15

	Drittpartei		
--	-------------	--	--

Anmerkung: 1= gar nicht charakteristisch, 2= etwas charakteristisch, 3= charakteristisch, 4= sehr charakteristisch.

Tabelle 5: Eigenschaften von Manualen als Einflussfaktor von Einstellungen, Addis & Krasnow, 2000, S 336

Eine deutlich negativere Einstellung zu Manualen lässt sich erst in Tabelle 5 erkennen, in der es darum ging, Charakteristika von Manualen in einer 4-Punkte-Skala zu bewerten, die von „gar nicht charakteristisch“ zu „sehr charakteristisch“ reicht. Wobei, wie Addis und Cardemil (2005) feststellen, es nicht verwunderlich ist, dass die Debatte rund um Manuale und ihre Anwendung solche Kreise zieht, wenn, mit einer durchschnittlichen Bewertung von 3,28, angenommen wird, dass diese von einer zahlenden Drittpartei, also dem Gesetzgeber oder der Krankenkasse, eingeführt und auch die „Kochbuchtheorie“ durchschnittlich mit 3,73 bewertet, als charakteristisch für manualisierte Behandlungen angenommen werden (S. 138).

Was auch noch festgehalten werden muss ist, dass Praktiker, die in einer psychodynamischen Schule beheimatet sind, eine deutlich negativere Einstellung gegenüber Behandlungsmanualen haben als Praktiker, die aus der Verhaltenstherapie oder der kognitiven Verhaltenstherapie kommen. Ein Ergebnis, dass durchaus plausibel ist, wenn man bedenkt, dass 80 Prozent aller bisher veröffentlichten Manuale aus dem Bereich der Verhaltenstherapie bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie kommen.

4.3. Führt eine manualisierte Vorgangsweise zu besseren Ergebnissen als eine individuelle Vorgangsweise?

Wie in jedem Diskussionspunkt der Manualisierungsdebatte, scheiden sich auch bei der Frage der Wirksamkeitsnachweise und der Ergebnisse die Geister. Während einige behaupten, Manuale brächten eine Verbesserung der Ergebnisse, behaupten andere wiederum das Gegenteil, wobei beide Seiten ihre Ansichten mit Studien und Forschungsergebnissen belegen.

So argumentieren Gegner der Manualisierung mit einer Reihe von Studien, die belegen, dass Manuale in der Psychotherapie keine positiven Ergebnisse hervorbringen. Um ihren Standpunkt klar zu machen, stützen sie sich auf Studien von Wissenschaftlern, wie Emmelkamp, Bouman and Blaauw (1994), die herausfanden, dass manualisierte Therapien negative Auswirkungen am Ende der Therapie und der darauf folgenden Zeit haben, oder auf Lambert und Ogles (2004), deren Studie ergab, dass Manuale keine Verbesserung der Ergebnisse herbei führen, sondern im Gegenteil, ebenfalls starke negative Konsequenzen vermuten lassen. Argumente, welche Befürworter mit einer ebensolchen Reihe von Studien zurückweisen, die manualisierten Verfahren doch ein positives Outcome bestätigen (z.B. Turkington, Kingdon, and Turner, 2002).

Allerdings werden Shadish, Matt, Navarro und Phillips (2000), welche in einer Metaanalyse von 90 Studien herausfanden, dass manualisierte und nicht-manualisierte Behandlungen gleich effektiv sind, bestätigt durch Lipsey und Wilson und ihrer Metaanalyse von 302 Metaanalysen unterschiedlichster Psychotherapien und Psychoedukationen. Diese besagt, dass hoch strukturierte Behandlungen ähnliche Ergebnisse erzielen, wie herkömmlich konzipierte Therapien.

Addis und Cardemil (2005) sind jedoch der Meinung, dass keine dieser Forschungen den eigentlichen Wert von Psychotherapiemanualen darzustellen vermag, denn die Funktion eines Manuals liegt nicht darin den sensiblen, kreativen und flexiblen Therapeuten zu ersetzen, sondern soll ihm lediglich dabei helfen, dem Klienten eine evidenzbasierte Behandlung zukommen zu lassen.

Aus diesem Blickwinkel gesehen, können Manuale tatsächlich als sinnvoll erachtet werden, denn sie spezifizieren die konzeptionellen und strukturellen Grenzen einer Behandlung, wobei es jedem Therapeuten freigestellt werden sollte, wie weit er sich an diese Grenzen annähert, oder eben auch nicht. Damit erledigen sich auch die Befürchtungen jener, die im Manual den Tod einer jeden individuellen Therapie sehen. Denn auch

Befürworter der Manualisierung erkennen an, dass Aspekte wie therapeutische Beziehung eine entscheidende Rolle im Therapieprozess darstellen und somit „therapeutische Techniken immer nur im Kontext der Therapeutischen Beziehung“ (Addis & Cardemil, 2005, S.136) angewendet werden können. Diese Tatsache setzt voraus, dass eine Behandlung, manualgeleitet oder nicht, den Klienten als Individuum angepasst wird. Im Falle einer manualisierten Behandlung ist dies nur möglich, wenn der Therapeut einen gewissen Spielraum hat und diesen auch nützt.

Für einen Praktiker kann es auch durchaus ein Vorteil sein, dass Manuale zumeist störungsspezifisch angelegt sind, denn sie bieten oft die geeigneten Techniken für das jeweilige Problem, besonders wenn mit Diagnosesystemen wie DSM-IV gearbeitet wird.

Demnach gibt es keinen Grund oder auch wissenschaftlichen Beleg, Manuale von vorneherein abzulehnen, was Kritiker und Gegner dieses Trends bedeutend anders sehen.

Diese witzeln nämlich, dass Therapeuten, die mit Manualen arbeiten, eine bessere Beziehung zu ihren Büchern aufbauen als zu ihren Patienten, völlig abgesehen von der Ansicht, dass sie mit der Entscheidung für eine manualisierte Arbeitsweise jegliche Art von Kreativität einbüßen. Nicht nur das, Duncan und Miller (2005) sind auch der Meinung, dass der Versuch Psychotherapie „dumb-proof“ (S. 145) zu gestalten, empirisch gesehen keinerlei positive Ergebnisse erzielt. Wohl auch wieder aus der Annahme heraus, dass sich die zentrale Beziehung zwischen Klient und Therapeut im vorstrukturierten Rahmen nicht ihrer Bedeutung entsprechend entwickeln kann.

4.4. Bearbeitung und Zusammenfassung wichtiger Aspekte

In diesem Punkt sollen Aspekte und Probleme des Manualisierungstrends behandelt werden, die wiederholt zu Diskussionen in der Fachliteratur geführt haben und in den vorangegangenen Kapiteln immer wieder angerissen oder erwähnt wurden.

4.4.1. Zwei sich widersprechende Modelle von Psychotherapie

Die Debatte rund um den Manualisierungstrend fördert unter anderem einen ganz zentralen Diskussionspunkt zu Tage. Auckenthaler (2000) spricht in diesem Zusammenhang bereits von einer „grundlegenden Umdefinition von Psychotherapie“. Gemeint ist, dass sich in der Psychotherapielandschaft einem individuumzentrierten, also humanistischen Ansatz, ein, zwar nicht neues, jedoch bisher in der Psychotherapie nicht erstrebenswertes Modell gegenüber stellt. Die Rede ist von einem störungszentrierten Modell, welches mit der Tendenz zur Standardisierung und dem Versuch einer „Medikalisierung“ einhergeht.

Der individuumzentrierte Ansatz orientiert sich nicht an der Störung an sich, sondern am Klienten selbst. Dem Klienten soll ein Beziehungsumfeld angeboten werden, welches ihn unterstützt, seine Gefühle, seine Lebensgrundsätze und Entscheidungen zu reflektieren, um neue Erkenntnisse über sich selbst, sowie neue Fähigkeiten zu erlangen. Die Therapie gestaltet sich als offener Prozess, der sowohl selbst regulierend, wie auch selbst anpassend verläuft. Im Mittelpunkt steht die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, welche kreativ, interaktiv und intelligent sein soll, da sie maßgeblich am Erfolg der Therapie beteiligt ist (Garfield, 1994; Duncan & Miller, 2005).

Dem gegenüber steht der störungszentrierte Ansatz. Im Gegensatz zum individuumzentrierten Modell, welches sein Hauptaugenmerk auf die am Therapieprozess beteiligten Personen legt, steht hier das psychische Problem eines Patienten im Mittelpunkt. Ähnlich einer medizinischen

Behandlung, wird die Störung identifiziert und ein bestimmtes Heilverfahren ausgewählt und angewendet, das genau auf das vorhandene Problem zugeschnitten ist. Personen mit der gleichen Störung können somit gleich behandelt werden, da nicht die Klienten-Therapeutenbeziehung maßgeblich am Heilungsprozess beteiligt ist, sondern nur das Verfahren an sich als wirksam erachtet wird (Auckenthaler, 1997; 2000).

Auch das Konzept des Klienten als aktiver Part an der Psychotherapie wird in das medizinische Modell nicht mit einbezogen. Der Klient wird als „abhängige Variable“ gehandelt, auf welche die unabhängige Variable der therapeutischen Intervention wirkt. In einem Diagramm dargestellt sieht das medizinische Modell wie folgt aus:

„Therapeutische Intervention -> wirkt auf den Klienten -> um Wirkungen/Ergebnisse hervorzurufen“ (Bohart, 2005, S. 220).

Um dieses Medizinische Modell umzusetzen, ist eine umfassende Standardisierung notwendig, welche eine weitgehende Vergleichbarkeit der Ausgangs- und Behandlungsbedingungen mit sich bringt. „Solche Standardisierungen sind auf Seiten der Patienten symptom-, syndrom- bzw. störungsbezogene Diagnosen und auf Seiten der Behandler therapeutische Leitlinien bzw. Manuale“ (Frohburg, 2006, S. 131), welche grundsätzlich störungsbezogen ausgerichtet sind und ähnlich einem Medikament eingesetzt werden sollen.

Betrachtet man die Psychotherapie aus diesem medizinischen Blickwinkel, gewinnt man einen Eindruck der völlig vom Selbstbild der Psychotherapie abweicht.

Zum einen könnte man vermuten, dass Psychotherapie hauptsächlich deshalb wirkt, weil bestimmte Techniken auf bestimmte Störungen angewendet werden und die therapeutische Beziehung eine hierarchische ist, in der der Therapeut als Experte auftritt, der das Problem erkennt und die entsprechenden Maßnahmen einleitet, denen der Klient als Unwissender zustimmt und an ihnen ‚teilnimmt‘.

Ein weiterer Punkt, den das medizinische Modell impliziert, ist, dass die bereits erwähnte therapeutische Beziehung der eigentlichen Behandlung hinten angestellt wird. Sie spielt keine entscheidende Rolle in diesem Modell.

Allerdings macht es keinen Sinn, aus der Psychotherapie ein Geschäft zu machen, in dem Experten spezielle Interventionen auf spezielle Störungen anwenden, wenn wissenschaftlich belegt ist, dass nicht allein die Techniken zu einer Verbesserung des Störungsbildes führen. Hingegen soll eine vertrauensvolle Basis zwischen Therapeut und Klient helfen die Selbstheilungskräfte des Klienten zu aktivieren (Bohart, 2005).

4.4.2. Die Gleichsetzung von Psychotherapie mit Behandlung

Unter Behandlung ist im allgemeinen Sprachgebrauch eine ärztliche Intervention gemeint, welche alle Tätigkeiten eines Arztes umfasst, von der Erkennung bis hin zur Behebung oder Minderung der Beschwerde.

Wie im vorangegangenen Punkt ausgeführt wurde, wird eine Reduzierung von psychotherapeutischen Vorgehen auf die Behandlung von Störungen dem komplexen Fach der Psychotherapie nicht gerecht.

Zumal dies mit dem herkömmlichen Selbstverständnis von Psychotherapie nicht einhergeht. Ein anders Bild ergibt sich natürlich, wenn der Manualisierungstrend in diese Überlegung einbezogen wird.

So sollen Manuale, ähnlich einem Pharmazeutikum, gegen bestimmte Störungen eingesetzt werden. Dies setzt voraus, dass die einzelnen Bestandteile und Wirkfaktoren der Psychotherapie genau so zu spezifizieren sind, wie man es in der pharmakologischen Forschung mit Medikamenten macht, um spezifische Behandlungen für spezifische Störungen identifizieren und so genannte „treatment packages“ (Auckenthaler, 2000, S.214) zu schnüren.

Abgesehen von der im nächsten Punkt behandelten Komorbidität, nämlich dem Problem, dass Psychotherapeuten selten mit nur einer isolierten psychischen Störung konfrontiert sind, können gegen die Bewegung weg

von Psychotherapie, hin zur Behandlung von Störungen, noch einige weitere Argumente aufgeworfen werden.

Die Verwendung von Manualen als „Medikament“ ist zwar möglich und wird auch versucht, nur kann man die therapeutische Realität nicht in ein Labor sperren, um die Forschung artefaktärmer zu gestalten. Selbst wenn man es schafft Psychotherapie dem entsprechend zu verändern, oder wie Kriz (2000) sagt zu „verkrümmen“, wird es nicht möglich sein eine Therapieform so anzuwenden wie eine Pharmasubstanz (S. 9). Es wäre also Unsinn, zu sagen, dass eine Therapieform immer bestimmte Reaktionen hervor ruft und das für alle Personen mit gleicher Störung zu generalisieren. Zumal eine Therapieform aus zahlreichen unterschiedlichen Einzelvorgangsweisen besteht, deren Wirkungsweisen nicht immer einheitlich sind, da sie ja nicht auf eine körperliche, sondern auf eine seelische Fehlfunktion angewendet werden. Die Entstehung einer solchen Fehlfunktion oder Störung erfolgt nicht immer aus den selben Gründen, weswegen auch die sozialen Umstände eines Klienten bedacht werden.

Mit der Vernachlässigung der biographischen und sozialen Hintergründe eines Klienten und der Konzentration auf die Störung an sich, gerät das Konzept des Klienten ins Wanken, der nicht mehr als individuelle Person wahrgenommen wird, sondern allein als Träger einer Störung. Auch die Person des Therapeuten hat nicht mehr ihren ursprünglichen Stellenwert (Duncan & Miller, 2005), da es ihre zentrale Aufgabe ist, die Behandlung zu verabreichen (Auckenthaler, 2000). Ein Umstand, der sie auswechselbar macht und möglicherweise auch machen soll.

Außerachtgelassen werden Wirkfaktoren, wie die therapeutische Beziehung, deren Qualität nachweislich einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg der Therapie hat, ebenso wie die Aufnahmebereitschaft des Klienten und andere unspezifische Wirkfaktoren.

Obwohl eine solche Anschauungsweise Psychotherapie leichter verständlich und unkomplizierter anwendbar macht und auch dem Laien einen Durchblick verschaffen würde, muss es in einer

psychotherapeutischen Behandlung um mehr gehen, als nur um die Ausmerzungen eines psychischen Problems.

4.4.3. Das Problem der Komorbidität

Das medizinische Modell von Psychotherapie, sprich die Manualisierung, geht mit ihrem störungszentrierten Psychotherapieverständnis von leicht isolierbaren und gut abgrenzbaren Krankheitsbildern aus.

Leider kann davon im Bereich der Psychotherapie nicht ausgegangen werden. „Angesichts einer beinahe regelmäßig anzutreffenden Komorbidität, individuellen Komplexität und Bedingtheit psychischer Störungen geht eine solche Sichtweise für das psychotherapeutische Handlungsfeld fehl“ (Tschuschke, 2005, S.107).

Unter einem komorbiden Patienten ist eine Person zu verstehen, die neben einer identifizierten Grundkrankheit noch eine weitere diagnostisch abgrenzbare Störung zeigt, welche nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit der Grundkrankheit stehen muss.

Gerade in der manualisierten Psychotherapie stellen solche komorbiden Klienten eine besondere Herausforderung an den Therapeuten dar, denn es kann nicht von vornherein eingeschätzt werden, welches Symptom welcher Störung zugeordnet werden muss und kann.

Aus diesem Grund kann eine, angelehnt an das medizinische Modell entwickelte Diagnostik, wie zum Beispiel DSM oder ICD, für die Psychotherapie nicht als angemessen angesehen werden, da genau dieses Problem nicht ausreichend beachtet wird.

Es ist schlichtweg falsch Klienten mit gleicher Diagnose exakt die gleiche Behandlung angedeihen zu lassen, ohne die restlichen Umstände zu beachten (Tschuschke, 2005). Somit haben störungsspezifische Manuale, die an die oben erwähnten Diagnosesysteme angelehnt sind, in der psychotherapeutischen Praxis einen schweren Stand. Anders als in der Forschung treffen Therapeuten in der klinischen Praxis nicht auf

ausgewählte Klienten, sondern haben sich mit den individuellen Problemen des Klienten auseinander zusetzen.

4.4.4. Der Praxis- Forschungstango

Zwar haben Praktiker und Forscher wichtige gemeinsame Ziele, nämlich Störungen und Probleme von Klienten besser zu erkennen, zu verstehen und zu behandeln und ihre Arbeit stetig zu verbessern, doch lassen sich dennoch große Unterschiede erkennen. Weisz und Addis (2006) sprechen überhaupt von zwei unterschiedlichen Welten, als ob Kulturen unterschiedlicher Nationalitäten auf einander prallen würden.

Auch wenn Praktiker und Forscher gemeinsame Ziele verfolgen, so unterscheiden sie doch Weg und Richtung, die sie einschlagen um diese zu erreichen. Die Praxis ist geprägt durch die Person des Klienten und dessen Umfeld, sowie das jeweilige Problem. Dahinter steckt bis zu einem gewissen Grad ein Servicegedanke, der Therapeut bietet dem Klienten eine Einschätzung der Situation, eine Diagnose der Störung und eine Behandlung, die seiner therapeutischen Richtung, den Vorgaben der Gesundheitspolitik und der Kostenträger, sowie auch der Vorstellung des Klienten entspricht.

Auch die Forschung ist an Vorgaben gebunden. Teilweise unterscheiden sich diese von denen der Praxis nicht, dennoch ist es ihr oberstes Ziel, klinische Phänomene zu erforschen bzw. neue Behandlungen zu testen.

Fest steht, dass Klienten sich mit ihren Problemen an den Praktiker wenden. Die Rolle der Forschung beschränkt sich für den Klienten in den meisten Fällen lediglich auf eine Qualitätskontrolle. Dem Praktiker jedoch können die Ergebnisse der Forschung eine entscheidene Hilfe sein, indem sie helfen seine Arbeit am Patienten zu verbessern, welche er an Hand der Ergebnisse kritisch hinterfragt. Aber auch die Forschung ist auf die Praxis angewiesen, da sie sonst Gefahr laufen würde, in unrealistische Sphären abzudriften, indem sie Phänomene beforscht, die wenig bis keinen Wirklichkeits- und Praxisbezug aufweisen (Weisz & Addis, 2006).

Doch gerade in Zusammenhang mit den Schlagworten evidenzbasierte Praxis und Manualsierung kommen Zweifel auf, ob Behandlungen, die unter Laborbedingungen getestet wurden, überhaupt eine Aussagekraft für die therapeutische Praxis haben. Denn gerade in diesem Feld werden überwiegend die bereits im Kapitel 3 besprochenen RCTS eingesetzt, an deren Gültigkeit für die Praxis große Zweifel gehegt werden.

Es ist schwierig zu sagen ob Ergebnisse aus der Psychotherapeutischen Forschung tatsächlich für die Praxis sprechen. Vor allem gilt dies aber für RCTs, welche auch die größten Zweifel aufwerfen.

Die Kritik stützt sich dabei hauptsächlich auf die Patientenauswahl, da, wie bereits besprochen, die Patienten für eine Forschung genauestens ausgewählt werden. Eine Möglichkeit, die sich in der Praxis natürlich nicht bietet.

Stierman und DeRubeis (2005) nennen folgende Gründe für den Ausschluss von Patienten:

- (1) Der von der Studie ausgeschlossene Patient zeigte Symptome, die nicht mit den für die Studie festgelegten Kriterien der Symptomausprägung übereinstimmten: Aus der Forschungsliteratur geht meistens nicht hervor, ob der abgelehnte Patienten besser oder schlechter auf die im RCT angewendete Behandlung reagiert hätte, als ein typischer, für diese Studie ausgewählter Patient. Wobei es eine begründete Hypothese ist, dass solche Patienten mindestens so gut auf die Behandlung reagieren, wie Patienten die in die Studie aufgenommen wurden.
- (2) Es wurde befunden, dass die Störung des ausgeschlossenen Patienten im Allgemeinen leichter oder weniger chronisch scheint, als es in diesem RCT beforscht wird und für die somit keine empirisch unterstützte Behandlung vorliegt: Ein Beispiel für diese Form des Ausschlusses ist ein Patient, der sich für eine Studie vorstellt in der eine Behandlung für eine schwere Depression getestet werden soll, der jedoch bereits eine Behandlung in diese Richtung erhalten hat oder dessen

Krankheitsausprägung sich auf eine leichte Depression beschränkt. In den meisten bisher durchgeführten RCTs, welche schwere Depressionen beforschen, wurden etwa die Hälfte der ausgeschiedenen Patienten aus diesen ersten beiden Gründen nicht in der Studie behalten.

- (3) Die Diagnose des Patienten würde zu einer anderen Studie passen, aber nicht zu der, welcher er zugeteilt ist: Ein typisches Beispiel wäre ein Patient der einer Studie zu Sozialphobien zugeteilt ist, bei dem aber bei der Aufnahme festgestellt wird, dass er keinerlei Symptome in diese Richtung aufweist, auf den jedoch die Diagnose einer schweren Depression genau zutrifft und er in einer solchen Studie sofort aufgenommen worden wäre.
- (4) Der ausgeschlossene Patient weist zwar die entsprechenden Kriterien für die Studie auf, jedoch wird bei der Aufnahme eine andere Primärkrankheit diagnostiziert: Ein Patient mit schwerer Depression meldet sich selbst oder durch seinen Therapeuten zu einer Studie in der Depressionen beforscht werden. Die bei der Studie mitwirkenden Diagnostiker finden jedoch heraus, dass die Depression von einem Drogenmissbrauch herrührt. Die Drogenabhängigkeit beeinträchtigt den Patienten mehr als die Symptome der Depression und es wurde festgestellt, dass eine Behandlung der Abhängigkeit die Depression lindern würde, aber nicht umgekehrt. Dieser Patient, mit einer komorbiden Depression, hätte sich für ein RCT für Suchtkranke geeignet, denn auch ohne mehr über diesen Patienten zu wissen, kann davon ausgegangen werden, dass er auf eine typische Behandlung dieser Richtung angesprochen hätte.
- (5) Der Patient hat eine diagnostizierte Störung, für die wenig oder gar keine, weder individuelle noch manualisierte Psychotherapieforschung existiert: Beispiele für solche Diagnosen wären Dysthymie oder andere bipolare Störungen.

Stirman und DeRubeis gehen konform mit diesen Ausschlussgründen und sehen auch keinen Grund warum eine solche Selektion Auswirkungen auf

die Aussagekraft und die Generalisierbarkeit einer Studie haben sollte. Während Kritiker durchaus anbringen, dass der typische behandlungsbedürftige Patient dem für ein RCT notwendigen Profil nicht entspricht, und dass der für die Praxis typische Patient, welcher von RCTs ausgeschlossen wird, sich mit Symptomen und Problemen präsentiert, die ihn einfach zu schwer behandelbar machen, weswegen der selektierte, somit für RCTs geeignete Patient, vorgezogen wird (Westen & Morrison, 2001, Westen 2005).

Westen (2005) meint auch, dass es immer Unterschiede zwischen Patienten aus der Forschung und denen aus der Praxis geben wird. Allein schon deshalb weil der Forscher nicht verhindern kann, dass ein Patient, der für eine gewisse Forschung ausgewählt wurde, sich Gedanken darüber macht und auch Annahmen aufstellt, welche Art von Behandlung er erhalten wird.

Weiters stellt sich Westen die Frage, wie eine Behandlung für eine RCT – Forschung ausgewählt wird, denn ein entscheidender Punkt in der Psychotherapie ist es, dass der Therapeut an seine Behandlung glauben muss, damit sie funktioniert, was bedeutet, dass die Behandlung und der Therapeuten ebenso präzise gewählt werden müssen wie die zu Behandelnden. Das kann aber nur im Vergleich mit der Praxis geschehen, weswegen eine Brücke zwischen Praxis und Forschung geschlagen werden muss, die voraussetzt, dass Patienten, wie man sie in der täglichen Praxis kennt, nicht mehr ausgeschlossen, sondern die Forschungskriterien an die der Praxis angeglichen werden. Es gibt keine andere Möglichkeit als experimentelle therapeutische Interventionen, mit denen der Praxis zu vergleichen. Wenn Forscher genau das wollen, dass ihre Forschungen für die klinische Praxis repräsentativ sind, dann müssen auch die Forschungsgruppen, ebenso wie die Behandlungen, dementsprechend angepasst werden.

4.4.5. Die flexible Anwendung von Manualen

Gerne wird von Manualgegnern das Argument gebracht: „die Manualentwickler scheinen es sich zuzutrauen, für die Praktiker vordenken zu können und sie scheinen nur eine einzige Möglichkeit der Begründung therapeutischer Entscheidungen zu kennen oder gelten zu lassen: den Rekurs auf empirisch bewährte therapeutische Handlungsregeln“ (Auckenthaler, 2000, S. 216).

Manuale werden als „Kochbuch“ oder „Malen nach Zahlen“ (Silverman, 1996), also als Schritt für Schritt- Anweisung dargestellt, welche sich unverhältnismäßig an therapeutischen Techniken orientiert und die andere Variablen, wie die therapeutische Beziehung oder den Klienten als Individuum, nicht anerkennt.

Aus heutiger Sicht scheint diese Einschätzung aber überzogen, denn Befürworter der Manualisierung betonen, „dass es selbstverständlich ganz wichtig sei Manuale flexibel zu benutzen“ (Aukenthaler, 2000, S.216) und sich an der jeweiligen Situation des Patienten, sowie seinen Problemen zu orientieren, genauso wie eine an die Fallkomplexität angepasste individuelle Therapieplanung zu gewährleisten.

Weiters wurden in den letzten Jahren, entgegen kritischer Annahmen, zahlreiche manualbasierte Behandlungen von unterschiedlichen Verfassern entwickelt, beforscht und bewertet. Die Kreativität und Flexibilität des Therapeuten haben sie als entscheidende Komponente für das Gelingen einer Therapie herausgestellt (vgl. Addis & Cardemil, 2005).

Wobei Beck, Rush, Shaw und Emery (2004) schon vor 30 Jahren, nämlich in der 1979 erschienen, ersten Ausgabe von „Kognitive Therapie der Depression“ die Wichtigkeit von Flexibilität bei der Anwendung von Manualen herausstrichen. Sie warnten vor der Gefahr, dass sich vor allem Neulinge bei der Anwendung von manualisierten Behandlungen zu sehr auf die Techniken versteifen könnten, ein Umstand der dem therapeutischen Prozess hinderlich wäre.

„Der kompetente Therapeut zeichnet sich“ demnach „im Unterscheid zu einem lediglich manualtreuen Therapeuten genau dadurch aus, dass er das jeweilige Manual auf den konkreten Kontext (die jeweilige Therapiephase, die spezifischen Probleme des Klienten) abstimmt, d.h. auch, dass er vom Manual abweicht, wenn es der Kontext erfordert“ (Auckenthaler, 2000, S.216 f).

Mit dieser Feststellung gerät jedoch wieder die Daseinsberechtigung von Manualen, zu mindest in der Praxis, ins Wanken, denn wozu ein Manual benützen, wenn man ohnehin davon abweichen soll.

Auckenthaler (2000) plädiert für „offene Regeln“, die, abstrakt formuliert, „Spielräume für unterschiedliches Verhalten“ eröffnen, aber „keine präzisen Verhaltensregeln“, die den Therapieprozess einschränken oder gar behindern (S. 217). Anders als Addis und Cardemil (2005), die die Unterstützung, die ein Manual bietet, vor allem wenn es flexibel und kreativ angewendet wird, nicht missen möchten (S.149).

5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Wie sich aus dem vorangegangenen Kapitel erkennen lässt, gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Sichtweisen, Einstellungen und Meinungen, welche deutlich zeigen, dass die besprochenen Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie, im speziellen aber der Manualisierungstrend, eine Vielzahl von Fragen und Diskussionspunkten aufwerfen, die keineswegs einheitlich beantwortet werden und auf Grund der unterschiedlichen Voraussetzungen und Herangehensweisen an das Thema auch nicht einheitlich beantwortet werden können.

Die Auswirkungen auf das psychotherapeutische Geschehen können jedoch nicht geleugnet werden, da der Trend, vorausgesetzt er setzt sich fort, Veränderungen in allen Bereichen der Professionen bewirken kann und wird. Bei dem Versuch die wichtigsten Aspekte zusammen zu fassen scheint eine Einteilung nach ihrer Wirkung auf die Psychotherapie ratsam, jedoch stellt sich die Herausarbeitung eindeutiger Vor- und Nachteile von Manualen als schwierig heraus, das Einordnen in einen Raster als völlig unmöglich, denn ein Aspekt der vom einen als absoluter Vorteil gewertet wird, wird von einem andern als nachteilig angesehen und vice versa.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse – Vor- und Nachteile einer manualgestützten Therapie

Manuale werden sowohl in Forschung und Praxis, wie auch in der Ausbildung eingesetzt. Sie haben ursprünglich aus der wissenschaftlichen Forschung auf den Bereich der Praxis übergegriffen.

Im Bereich der Psychotherapieforschung bieten sie einen klaren Vorteil und werden dort auch umfassend genutzt.

Sie haben eine wichtige Funktion im Bereich der Effizienz- und Wirksamkeitsforschung, wo sie auf Grund ihrer Struktur ein einheitliches Forschungsdesign gewährleisten und auch die Möglichkeit bieten Vergleiche anzustellen. Mit Hilfe eines Manuals kann genau festgehalten werden, welche Form von Psychotherapie ein Klient bekommt und in

welchem Ausmaß. Auf Grund der genauen Beschreibung ist die Bewertung auch für unabhängige Betrachter nachvollziehbar, ebenso wie der Vergleich mit einer medikamentösen Behandlung, da die „Dosis“ Psychotherapie, die der Patient erhalten hat, genau dokumentiert ist (Havik & VandenBos, 1996).

Wobei es allerdings als klarer Nachteil gesehen werden kann, dass mittlerweile bereits die Vergabe von Forschungsgeldern an den Einsatz von Manualen geknüpft wird (Auckenthaler, 2000, S.214), was natürlich eine Einschränkung der wissenschaftlichen Forschung mit sich bringt. Ein Umstand der ihnen trotz anerkannter Funktion als wichtiges Forschungsinstrument eine negative Konnotation anheften lässt.

In diesem Zusammenhang ist auch das Forschungsdesign, welches gerade in der Wirksamkeitsforschung häufig Gebrauch von Manualen macht, zu erwähnen. Die Rede ist von RCTs, die auch gerne als „der Goldstandard“ bezeichnet und dennoch in der Fachwelt oft nicht gerne gesehen werden. Begründet darauf, dass sie aus der medizinischen bzw. pharmakologischen Forschung kommen, und somit auf die Psychotherapie nicht eins zu eins umzulegen sind. Da der Trend, auch in der Psychotherapieforschung mit RCTs zu arbeiten aus der evidenzbasierten Psychotherapie kommt, welche sich an die evidenzbasierte Medizin anlehnt, lässt sich unschwer erahnen, warum es zu dieser Entwicklung gekommen ist.

Der schon mehrfach erwähnte Nachteil von Kontrollgruppenstudien, welcher sich als Hauptkritikpunkt herausstellt, ist das Fehlen externer Validität, da Patienten in RCTs nach strengen Kriterien ausgewählt und Behandlungen somit an einem für die Praxis unrealistischen Patiententyp, getestet werden. Dem gegenüber stehen naturalistische Studien, die jedoch oft einen Mangel an interner Validität aufweisen (Eckert, 2006).

Dass Manuale an sich für die Forschung Erleichterungen bringen, erkennen auch Kritiker an. Doch was in der Forschung Vorteile bringt, wenn auch nicht ausschließlich, muss nicht auch zwangsläufig für die Praxis von Vorteil sein. Schließlich bauen Forscher und Praktiker auf unterschiedlichen Ausgangspositionen auf.

So steht man in der Praxis dem Manual schon deutlich kritischer gegenüber, obwohl es auf Grund der empirischen Überprüfbarkeit, als Mittel zur Qualitätskontrolle, so wie zur Qualitätsgewährleistung eingesetzt wird. Wobei hiermit aber nicht gesagt sein soll, dass eine manualgestützte Psychotherapie qualitativ hochwertiger ist als eine herkömmlich gestaltete Psychotherapie, im Gegenteil. manualgeleitete Psychotherapien können zwar mit ihrer empirischen Überprüfbarkeit punkten, allerdings muss angemerkt werden, dass nur die wenigstens so ausgiebig getestet werden, dass Bücher mit ihren Ergebnissen und Erfolgen gefüllt werden könnten. Die meisten Autoren von Manualen beschränken sich auf kurze, dafür hoch technische und methodologisch orientierte Artikel in Fachzeitschriften. Im Gegensatz zu gewissenhaft entwickelten Leitlinien, aufbauend auf zahlreichen Forschungsergebnissen, die sich tatsächlich zum Einsatz in der täglichen Praxis eignen, weisen die meisten Manuale auf Grund ihrer Konzeptionisierung therapeutische Defizite auf. Vor allem jene die ursprünglich als manualisierte Behandlungsprotokolle für die Forschung gedacht waren, oder jene, die nur mehr eine Beschreibung von Techniken beinhalten, aber die Aspekte von Psychotherapie im Allgemeinen und die der einzelnen Schulen im Speziellen außer Acht lassen (Havik & VandenBos, 1996).

Da Manuale meist störungsspezifisch angelegt sind, stehen Praktiker oft vor dem Problem, dass sie nicht wie in einer Forschungssituation auf ausgewählte Klienten mit nur einer Störung treffen (Havik & VandenBos, 1996; Kriz, 2000; Auckenthaler, 2000), sondern auf Menschen mit zwei oder auch mehreren psychischen Störungen. In diesem Fall spricht man, wie bereits erwähnt von einem ko- oder multimorbiden Klienten, dessen Probleme eine komplexere Behandlung erfordern, als es die meisten Manuale bieten können.

Gerne als Vorteil werden die klaren Beschreibungen, die strukturellen und konzeptionellen Grenzen, die exakten Erklärungen der anzuwendenden Techniken und die zeitliche Limitierung gewertet (Strupp 2000, Addis & Cardemil 2000). Kritiker jedoch wenden sich gegen diese Argumente, indem sie eine Einschränkung der therapeutischen Freiheit und Kreativität bemängeln. Manche gehen sogar soweit, dass sie die Person des

Therapeuten soweit in den Hintergrund gerückt sehen, dass ein willkürliches Auswechseln des Therapeuten möglich ist.

Somit stellen Manuale eine Gefahr für die Klienten – Therapeuten Beziehung dar, welche in der Psychotherapie als tragender Faktor für den Erfolg einer Psychotherapie gewertet wird (Duncan & Miller, 2005; Auckenthaler 2000).

Auch die Rolle des Individuums ist in einer manualgestützten Psychotherapie eine andere, da durch die vorgegebenen Strukturen eines Manuals und seiner Störungsspezifika, individuelles Eingehen auf den Klienten bei strikter an ein Manual gebundener Vorgangsweise, nicht gegeben sein kann. Anders verhält es sich natürlich bei einer flexiblen, sprich an den Klienten angepassten Vorgangsweise.

Für einen Psychotherapeuten mit wenig praktischer Erfahrung kann ein manualisiertes Vorgehen gerade zu Lernzwecken von Vorteil sein, da es Vorgaben bietet um sich zu orientieren. Jedoch sollte es nicht Ziel einer Psychotherapieausbildung sein, so Kritiker, in so einer Phase hängen zu bleiben, da ja auch die mit der Zeit erlangten Erfahrungen in die Therapie einfließen können und somit für Therapeut und Klient förderlich sein können. Ein Nachteil einer reinen Ausbildung an Manualen, wie es in den USA bereits praktiziert wird, ist sicherlich die eingeschränkte Intensität der Ausbildung und die in weiterer Folge mögliche Einschränkung der therapeutischen Vielfalt. Vor allem wenn man bedenkt dass sich nicht alle Arten von Psychotherapie für ein manualisiertes Vorgehen eignen. Es wäre also zu befürchten, dass solche Theorieansätze zurückgedrängt oder gar nicht mehr praktiziert werden.

Auch die Vorstellung, Personen ohne psychotherapeutische Ausbildung könnten anhand eines Manuals eine Psychotherapie durchführen, wirft nicht gerade ein positives Bild auf den Manualisierungstrend, wenn gleich dies von Befürwortern gegenteilig gesehen wird (Schramm, 1996).

Abschließend lässt sich sagen, dass Manuale sowohl positive als auch negative Aspekte in sich vereinen und auch ihre Auswirkungen nicht eindeutig bewertet werden können. Der Trend zu einer Manualisierung

muss weiterhin kritisch betrachtet werden, da sich in seiner Gesamtheit kein einheitliches Bild ergibt.

5.2. Diskussion der Ergebnisse – Der Einfluss von Manualen auf die Psychotherapie und ihren Fortbestand

In diesem Rahmen soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Rolle Manuale im Zuge der ‚Professionalisierung der Psychotherapie‘ und dem Versuch des Gesetzgebers mehr Transparenz zu schaffen, spielen und vor allem welche Auswirkungen diese auf den Fortbestand der Psychotherapie und ihrer Vielfalt haben.

Denn obwohl Leitlinien und Manuale den Anschein erwecken, die für die Zukunft der Psychotherapie relevanten Weiterentwicklungen zu unterstützen, muss davon ausgegangen werden, dass mit entscheidenden Konsequenzen zu rechnen ist, ganz abgesehen von der Frage, ob die wissenschaftlichen Belege, die dahinter stecken, wirklich als wissenschaftlich angesehen werden können.

Wie schon mehrfach erwähnt, gibt es Entwicklungen in der Psychotherapie, in deren Konzept die Bereitstellung und Anwendung von Therapiemanualen exakt hineinpassen. Die Rede ist, wie schon oft, von einer medizinisch geprägten Auffassung von Psychotherapie, die ja auf Grund der Nähe der Fächer nachvollziehbar scheint. Denn Psychotherapie wurde aus dem Grund in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, weil durch ihre Anwendung Krankheiten geheilt oder gebessert werden sollen und können. Die oft kritisierte Reduktion von Psychotherapie auf eine Behandlung von Krankheiten, sprich Störungen, ist in diesem Zusammenhang insofern notwendig, da sich der Anspruch auf kassenärztliche Leistungen dem Gesetz nach auf Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten beschränkt. Eine Anpassung der Psychotherapie an das medizinische Modell war aus

dieser Sicht unumgänglich und schlägt sich auch auf diese Weise in der Psychotherapiegesetzgebung nieder.

So muss man die offiziell vorgeschriebene Psychotherapie, von der bisher tatsächlich praktizierten, unterscheiden. Denn die offizielle Psychotherapie heilt Störungen mit Hilfe spezifischer Interventionen. Dieser Auffassung von Psychotherapie entspricht auch der Trend zu manualgestützten Behandlungen.

Dass die therapeutische Praxis anders aussieht wurde bereits erwähnt, da Psychotherapie auf anderen entscheidenden Punkten beruht, wie zum Beispiel die therapeutische Beziehung, welcher in Manualen und Leitlinien gerne eine geringe Bedeutung zugemessen wird.

Mittlerweile hinterlassen jedoch die gesetzlichen Vorgaben ihre Spuren in der psychotherapeutischen Praxis. Denn sollten psychotherapeutische Manuale, so wie sie gegenwärtig entwickelt werden, weiterhin in die Praxis implementiert, ja sogar zum gesetzlich vorgeschrieben Standard werden, ist mit deutlichen Veränderungen in der Psychotherapielandschaft zu rechnen (vgl. Helle, 2006).

Dies würde eine eindeutige Übernahme des medizinischen Modells zur Folge haben, was wiederum Auswirkungen auf die Ausbildung von Psychotherapeuten zur Folge hätte. Eine Entwicklung, die sich in den USA bereits beobachten lässt.

Entsprechende Änderungen in Ausbildungsprogrammen hätten wiederum eine Einengung des therapeutischen Angebots zur Folge, da eine Umstellung auf die Behandlung mit Hilfe störungsspezifischer Therapiemanuale dem Therapeuten gänzlich andere Kompetenzen, und somit einen anderen Ausbildungsweg abverlangt. Dieser ist vermutlich mit einer bisherigen Psychotherapieausbildung nicht zu vergleichen, da auf Grund der eingeschränkten Komplexität andere Maßstäbe angesetzt werden müssen. Klassische Therapieansätze könnten dadurch abgewertet oder gar ersetzt werden. „Ausgegrenzt würden Therapieansätze, die dem Klienten ein hohes Maß an Individualisierungschancen einräumen, die in der therapeutischen Beziehung das therapeutische Agens sehen und die Psychotherapie als

gemeinsame Handlungsleistung von Therapeuten und Klienten sehen, als Prozess in dem es um Bedeutungen und Sinn geht“ (Auckenthaler, 2000, S. 219).

Allerdings geben nicht die Manuale an sich Anlass zur Sorge, sondern viel mehr eine Erhebung von manualisiertem Vorgehen zum „Goldstandard der Psychotherapie“, ebenso wie „eine blinde Manualgläubigkeit“ (Auckenthaler 2000, S. 219), welche aus einem individualisiertem Vorgehen ein Vorgehen zweiter Wahl machen würden.

Die Anwendung standardisierter Programme könnte auch die Wahrscheinlichkeit von Therapieabbrüchen erhöhen, da die Gefahr besteht, dass Klienten von einem Programm ins nächste weitergereicht werden und dadurch in der Therapie nicht den Halt und die Hilfe finden, die sie sich erwartet oder erhofft haben.

Es ist zu befürchten, dass durch den veränderten Ausbildungsweg Therapeuten nicht mehr über einen solchen Erfahrungsschatz verfügen, wie herkömmlich ausgebildete Therapeuten, und auf Grund ihrer möglicherweise verkürzten Ausbildung die Gefahr eines Therapieabbruchs nicht erkennen und somit auch keinen Grund sehen von den Manualvorgaben abzuweichen.

Weiters stellt sich die Frage, ob Manualisierung wirklich wichtige Hilfsmittel für den Therapeuten, wie die Supervision, ersetzen und somit überflüssig machen kann. In Kombination mit einer abgekürzten Ausbildung besteht unter diesen Umständen jedoch wirklich die Gefahr, dass der gut ausgebildete, reflektierte Therapeut, dessen Wissen über die präzise Anwendung von Techniken zur Behebung einer Störung hinausgeht, zurückgedrängt und durch einen „Behandler“ ersetzt wird (Auckenthaler, 2000).

Auch wenn der Trend zu einer Manualisierung von der Gesundheitspolitik forciert wird, sollte man vorsichtig sein bei der Annahme, dass Manuale auf Grund ihrer empirischen Überprüfbarkeit ein Gütesiegel (Auckenthaler 2000, S.220) für die Psychotherapie sein könnten.

Denn, nur weil sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, das Qualitätsmanagement vereinfachen und in der evidenzbasierten

Psychotherapie eine bedeutende Rolle spielen, können sie zwar als Hilfestellung unter bestimmten Voraussetzungen gesehen werden, müssen aber nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung von Psychotherapie führen.

Welchen Weg die Psychotherapie und ihre Nachbardisziplinen nun tatsächlich einschlagen werden um dem politischen Druck und den neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, ist bis dato noch unklar. Jedoch zeichnet sich eine Entwicklung zu einer „allgemeinen Psychotherapie“ ab, die sich über die Grenzen der einzelnen Schulen hinwegzusetzen versucht und ein einheitliches Gesamtbild von Psychotherapie vermitteln will (vgl. Orlinsky & Howard, 1987; Grawe, 2005).

5.2.1. Weiterführende Gedanken

Dass ein Umdenken auf dem Gebiet der Psychotherapie von Nöten ist, scheint außer Frage zu stehen, sollte dies nämlich nicht Fall sein, läuft die Psychotherapie Gefahr von gesetzlichen Vorgaben überrollt und in eine Form gepresst zu werden, was einen entscheidenden Identitätsverlust befürchten ließe.

In Anlehnung an die Entwicklungen im Gesundheitswesen, gilt es sich nun mit einem neuen Gedanken anzufreunden, nämlich dem, dass Therapeuten einen Service, sprich eine Dienstleistung, anbieten.

Da diese von Fachkräften unterschiedlichster Disziplinen angeboten wird, wobei jede Disziplin ihre eigenen Werte und Normen einfließen lässt, aber auch die Öffentlichkeit und die Politik, im speziellen natürlich die Gesundheitspolitiker fragt, sich auch Strupp (2000), wie Psychotherapie mit all diesen unterschiedlichen Ansprüchen zurecht kommen soll, zumal sich die Bedürfnisse von Praktikern und Forschern noch mal unterscheiden.

Es darf aber von keiner dieser einwirkenden Gruppen vergessen werden, dass Psychotherapie nur im Kontext einer zwischenmenschlichen Beziehung stattfinden kann, was voraussetzt, dass die Technik im Schatten der Interaktion von Therapeut und Klient steht und dort auch bleiben soll. Auch eine Fortsetzung des Manualisierungstrends kann nur unter dieser Prämisse erfolgen.

Dennoch ist eine Weiterentwicklung der Psychotherapie notwendig, sei es nun um neue Störungsbilder behandeln zu können, oder auch um Prävention und Rehabilitation ermöglichen zu können, denn in diesem Bereich wartet noch einiges an Arbeit auf die psychotherapeutischen Entwickler und Forscher.

Es ist die Aufgabe der Psychotherapie selbst, bzw. ihrer Anwender, das Bild der Profession in der Öffentlichkeit zu verbessern um auch für Menschen, die bisher keinen Zugang zu therapeutischen Interventionen hatten, einen solchen zu schaffen. Viele Personen, die eigentlich auf die Hilfe eines Psychotherapeuten angewiesen wären, haben gar keine Möglichkeit eine solche Leistung in Anspruch zu nehmen, fehlen doch in vielen Fällen entweder Verständnis oder finanzielle Mittel. Eine Entstigmatisierung der Psychotherapie mit Hilfe von neuen therapeutischen Ansätzen, entsprechenden Evaluationen und Forschungsarbeiten wäre von Vorteil, um der Öffentlichkeit ein wirklichkeitsgetreueres und positiveres Bild von Psychotherapie zu vermitteln. Psychotherapeuten bieten eine Dienstleistung von öffentlichem Interesse an und demnach soll auch für ein besseres Verständnis in der Öffentlichkeit gesorgt werden.

Natürlich müssen auch die Psychotherapeuten ihr Denken an dieses Verständnis anpassen und sich damit auseinandersetzen, wie der von ihnen offerierte Service finanziert und verteilt werden kann. Denn schließlich sind viele Patienten darauf angewiesen, dass ihnen diese Leistung von der öffentlichen Hand finanziert wird.

Auf Grund der vielen unterschiedlichen Anbietern von Psychotherapie und psychologischer Beratung braucht es einen klaren Weg, diese auszubilden und entsprechend zu zertifizieren. Schlussendlich haben die Ausbildung von Therapeuten so wie ihre Qualifikation und ihr Angebot,

Auswirkungen darauf, wie die Dienstleistung von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Woran wiederum die Beschlüsse von Gesundheitspolitikern geknüpft sind und somit Entscheidungen über die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren, die Limitierung von Sitzungen und Honoraren, ebenso wie die Vergabe von Forschungsgeldern.

Dass die Effizienz von Psychotherapie nachhaltig belegt werden muss, steht außer Frage, nur so kann verhindert werden, dass diese nicht weiterhin Gefahr läuft, durch medikamentöse Behandlungen zurückgedrängt oder gar völlig vom Markt gedrängt zu werden.

Auch das Verhältnis zwischen Forschung und Praxis ist bearbeitungswürdig, schließlich sind beide Felder, wie unterschiedlich sie auch immer sein mögen, auf einander angewiesen. Nicht nur was die Psychotherapie an sich betrifft, die wechselseitige Hilfestellung, sondern vielmehr gilt es das Bild nach Außen zu straffen, denn gerade dort sind Forschung und Praxis von einander abhängiger denn je. So ist es zum Beispiel für die Praxis unumgänglich, ihre Wirksamkeit nachzuweisen, wobei sie auf Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung zurückgreift. Die Forschung im Gegenzug würde keine Forschungsmittel bewilligt bekommen, bestünde von der Praxis ausgehend kein Grund in dieser Richtung neue Untersuchungen zu machen.

5.3. Persönliches Resümee

Nachdem ich mich nun eingehend mit dem Phänomen der Manualisierung befasst habe, möchte ich am Ende meiner Arbeit noch ein paar persönliche Anmerkungen und Überlegungen anfügen.

Rückblickend gesehen, habe ich meine Haltung hinsichtlich der Anwendung von Psychotherapiemanualen im Laufe meiner Arbeit mehrfach geändert. Ich führe das darauf zurück, dass ich mich bemüht habe, ein wirklich umfassendes Bild des Manualisierungstrends zu liefern. Hierbei habe ich mich mit der Meinung vieler unterschiedlicher

Wissenschaftler befasst, deren Ansichten immer wieder Einfluss auf meine persönliche Einstellung hatten.

Zu Beginn meiner Rechercharbeiten war ich der Meinung, dass klare Vorgaben in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen nur von Vorteil sein können, da sie sowohl dem Therapeuten wie auch dem Klienten Halt versprechen und auch einem Außenstehenden die Möglichkeit geben, das in der Therapie Erreichte nachvollziehen zu können.

Im Laufe meiner Nachforschungen habe ich auch erkannt, dass es sich nicht so einfach verhält, wie es anfänglich schien. Nicht nur der Manualisierungstrend allein, aber im Besonderen auch die Anlehnung der Psychotherapie an das medizinische Modell der Krankenbehandlung hat beträchtliche Auswirkungen auf die Psychotherapielandschaft. Als besonders problematisch sehe ich es, dass nicht nur Spezialisten auf die Psychotherapie einwirken, sondern auch die Gesundheitspolitik, sprich die Gesetzgeber. Für Menschen, die sich nicht mit Psychotherapie befassen, scheinen, wie schon oben erwähnt, Manuale eine geeignete Methode zu sein, Psychotherapie in das bekannte Muster der Medizin zu pressen und sie somit gut überprüfbar zu machen, denn Manuale erwecken den Anschein, sich sowohl für Wirksamkeitsstudien, als auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu eignen und diese auch zu liefern.

Betrachtet man den Sachverhalt kritisch, relativieren sich diese Annahmen sehr schnell.

Ich persönlich sehe in der Manualisierung der psychotherapeutischen Praxis ein Abflachung, wenn nicht Einebnung der vielfältigen Psychotherapielandschaft, einfach aus dem Grund, dass durch solche Maßnahmen der Handlungsspielraum eines jeden Therapeuten massiv eingeschränkt wird. Besonders in einem Fach wie diesem, das von Facettenreichtum lebt, denn nicht grundlos haben sich so viele unterschiedliche Richtungen gebildet, kommt man nicht umhin sich zu fragen, worin die Sinnhaftigkeit liegen soll ein Konzept zu fördern, das eine Vereinfachung und somit Reduzierung der Abläufe fordert. Anders als

in der Medizin, die bei der Behandlung einer Krankheit einfach an entsprechende Wirkstoffe gebunden ist, stehen der Psychotherapie eine Vielzahl von Möglichkeiten offen, da sie genauso individuell sein kann, wie ihr Empfänger. Unterschiedlichste Therapieansätze aus unterschiedlichen Schulen geben dem Klienten die Möglichkeit seinen persönlichen Favoriten unter den Therapierichtungen zu finden, ebenso wie den entsprechenden Therapeuten, der sich wiederum ganz individuell auf die Bedürfnisse des Klienten einstellen kann und wird.

Etwas anders verhält es sich bei der Anwendung von störungsspezifischen Behandlungsmanualen, die wie in dieser Arbeit bereits mehrfach diskutiert, einen fixen Fahrplan vermitteln und wie ein Medikament für die entsprechende Störung angewendet werden. Diese lassen nicht viel Platz für Individualität.

Das Argument ‚Manuale sollen flexibel angewendet werden‘, verfehlt in meinen Augen ebenfalls den Sinn, da es dann vorweg nicht notwendig wäre, sich auf eine Manualanwendung zu versteifen.

Natürlich können Manuale auch eine große Hilfestellung für den Anwender bedeuten, wenn es diesem, möglicher Weise, an Erfahrung oder Routine in dem entsprechenden Bereich fehlt, da sie Sicherheit und Struktur vorgeben und in einer Krisensituation so als Rettungsanker fungieren können.

Ich persönlich denke, dass Manualen in der Praxis durchaus eine Daseinsberechtigung zugesprochen werden kann, allerdings empfinde ich gesetzliche Vorgaben in diesem Bereich als unangebracht, denn es soll sowohl dem Klienten als auch dem Therapeuten frei stehen, die Therapie zu gestalten. Da ich immer noch der Meinung bin, dass es sich hierbei um etwas sehr persönliches handelt, was ein höchstes Maß an Einfühlungsvermögen, Verständnis und individueller Anpassung verlangt. Aus diesem Blickwinkel heraus sehe ich auch kein Problem darin, wenn sich ein Therapeut dafür entscheidet ausschließlich manualgestützte Therapien anzubieten, oder auch der umgekehrte Fall, wenn sich ein Klient, aus welchen Gründen auch immer, für eine Therapie nach Manual entscheidet.

Das für mich Essentielle ist nur, dass diese Entscheidungsmöglichkeit bestehen bleibt und nicht von Gesetzgebern und Qualitätsmanagern eingeschränkt wird.

Das es sich in der Forschung in Bezug auf Manuale anders verhält als in der Praxis, wurde im Rahmen der Arbeit mehrfach angeschnitten. Die Relevanz die Manualen in einer Forschungsarbeit zu kommen kann, muss auf jeden Fall gewürdigt werden. Hingegen kann es nicht sein, dass auch in der Forschung die Politik mitmischt und manualgestützten Forschenden eher Geld zu kommen lässt, als Forschern, die kein Manual anwenden (Aukenthaler, 2000). Denn auch hier würde die Psychotherapie auf ein Forschungsdesign beschränkt und somit würde nicht bedacht werden, dass dies der Vielfalt nicht gerecht werden kann.

Da die Psychotherapie, wie immer mehr bekannt wird, ein entscheidender und wichtiger Bereich im Gesundheitswesen ist, sollte es meiner Meinung nach ein Anliegen sein, die Vielfalt zu erhalten und zu erweitern, um dem Klienten ein möglichst breites Feld an Hilfeleistung anbieten zu können.

Das Problem der Finanzierung dieses Bereichs, welches ja für Gesundheitsökonominnen und –Politiker ein entscheidendes Argument für eine Manualisierung der Psychotherapie ist, habe ich in diese Überlegung nicht mit einbezogen. Ich glaube, dass es sich hierbei um eine andere Problematik handelt, welche nicht in einem Absatz erklärt und abgehandelt werden kann. Es handelt sich hierbei um wirtschaftliche Überlegungen, die einer Beleuchtung des jeweiligen Gesundheitssystems, sowie seiner finanziellen Lage bedürfen, und somit den Rahmen meines Resümees sprengen würden.

Das Ergebnis meiner persönlichen Überlegungen könnte man kurz mit den Worten zusammenfassen, „Manuale ja, aber nicht um jeden Preis“, denn wie bereits gesagt, finde ich die psychotherapeutische Vielfalt und jede Erweiterung dieser begrüßenswert, stelle mich aber entschieden dagegen sollte sich diese als Einschränkung herausstellen.

6. Literaturangaben

Addis, M.E. & Krasnow, A.D. (2000) A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), S.331-339.

Addis, M.E. & Cardemil, E.V. (2005) Psychotherapy Manuals Can Improve Outcomes. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Hrsg.) *Evidence-Based Practices in Mental Health*. S.131-140.

Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1997) Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42(5), S. 290-298.

American Psychiatric Association (APA) (2005) Report of the 2005 Task Force on Evidence-Based Practice. Washington DC: American Psychiatric Press.

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) verfügbar unter: leitlinien.net [05.02.2008]

Auckenthaler, A. (1997) Was bleibt von der klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5 (3), S.63-70.

Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung von Psychotherapie. Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S.213-222). Tübingen: DGVT-Verlag.

Barlow, D.H. (1996) The effectiveness of psychotherapy: science and policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, S. 236-240.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2004) *Kognitive Therapie der Depression*. Martin Hautzinger (Hrsg.). (3. Auflage). Beltz

Bergin, A.E. & Garfield (Eds.) (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: John Wiley.

Berns, U. (2006) Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. Psychotherapeut, 51 (1), S.26-34.

Beutler, L.E., Machado, P.P. & Neufeldt, S. (1994) Therapist Variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.) Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: John Wiley, S.259-269.

Beutler, L.E. (1998) Identifying Empirically Supported Treatments: What If We Didn't? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (1), S. 113-120.

Biermann- Ratjen, E.M.& Eckert, J. Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Anpassungsstörungen. In: J. Eckert, E.M. Biermann- Ratjen & D. Hörger (Hrsg.) Gesprächspsychotherapie: Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 461-464.

Biermann- Ratjen, E.M.& Eckert, J., Laleik, S. & Schützmann, K. Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa. In: J. Eckert, E.M. Biermann- Ratjen & D. Hörger (Hrsg.) Gesprächspsychotherapie: Ein Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 464-482.

Biermann- Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (2003) Gesprächstherapie: Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer

Bohart, A.C., O`Hara, M. & Leitner, L.M. (1998) Empirically violated treatments. Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. Psychotherapy Research, 8, S 141-157.

Bohart, A.C. (2005) The Active Client. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Hrsg.) Evidence-Based Practices in Mental Health. S.218-226.

Bower, P. & King, M. (2000) Randomised controlled trials and the evaluation of psychological therapy. In N. Rowland & S. Goss (Hrsg.) Evidence-Based Counselling and Psychological Therapies. S.79-110

Buchholz, M. (2004). Psychotherapie – Empirisch Informiert. Psycho-News-Letter Nr. 25 verfügbar unter: <http://www.dgpt.de/dokumente/PNL-25%20Psychotherapie%20-%20empirisch%20informiert.pdf> [09.04.07]

Caspar, F. & Jacobi, F. (2005). Psychotherapieforschung. In: W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung, Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie, München: CIP-Medien, S.395-412.

Caspar, F. (2006) Forschungsdesings in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um Randomisierte Klinische Studien. In A. Brüggemann & R. Bromme (Hrsg.): Entwicklung und Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie. Berlin: Akademie Verlag. S.38-46.

Chambless, D.L. (1996) In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, S. 230-235.

Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001) Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. Annu. Rev. Psychol., 52, S. 685-716.

Corcoran, K. and Vandiver, V. L. (2004) 'Implementing Best Practice and Expert Consensus Procedures' in, A.R. Roberts & K.R. Yeager (Hrsg.), Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Services, New York: Oxford UP.

Crits-Christoph, P. (1996) The dissemination of efficacious psychological treatments. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, S. 260-263.

Dilg, R. (2005) Zur Diskussion: Welche Rolle kann empirische Validierung für die psychotherapeutische Praxis spielen? *Psychotherapeutenjournal*, 3, S. 247- 252.

Dobson, K.S. (1989) A meta- analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, S. 414-419.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002) Die Wirksamkeit von Kinder und Jugendpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), S.184-193.

Duncan, B.L. & Miller S.D. (2005) Treatment Manuals do not Improve Outcomes. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Hrsg.) *Evidence-Based Practices in Mental Health*. S.140-149.

Eckert, J., Bolz, W.& Pfuhlmann, K. (1979) Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten auf Grund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächstherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, S.169-180.

Eckert, J. (2006) Der therapeutische Prozess in der Praxis. In: J. Eckert, E.M. Biermann- Ratjen & D. Hörger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie: Ein Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 219-266.

Eckert, J., Höger, D. & Biermann- Ratjen E.M. (2006) Evaluation und Qualitätssicherung. In: J. Eckert, E.M. Biermann- Ratjen & D. Hörger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie: Ein Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 267- 293.

Elliott, R.E. (1998) Editor's introduction: a guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, S.115-125.

Emmelkamp, P.M., Bouman, T.K., & Blaauw, E. (1994) Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, S. 95-100.

Finke, J. (1994) *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.

Finke, J. & Teusch, L. (1999) *Psychotherapiemanual: Entwurf einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression*. *Psychotherapeut*, 44, S. 101-107.

Frohburg, I. (1999) *Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie*. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 1, S.14-27.

Frohburg, I. (2006) *Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation*. *Psychotherapeutenjournal*, 2, S.130-139.

Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, C. & v. Zülow, C. (2003) *Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34(4), S.197-206.

Fydrich, T. und Schneider, W. (2007) *Evidenzbasierte Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 52 (1), S.55-68.

Garfield, S.L. (1994) *Research on client variables in Psychotherapy*. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed.) New York: John Wiley, S.190-228.

Garfield, S.L. (1996) *Some problems associated with „validated“ forms of psychotherapy*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(4), S.218-229.

Grawe, K. (1995) *Grundriss der allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 40, S.130-145.

Grawe, K. (1998) Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005) Allgemeine Psychotherapie. In Senf, W. & Broda, M. (Hsgb.) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (3. Auflage) Stuttgart: Thieme, S.120-132.

Härter, M., Linster, H.W. & Stieglitz, R.D. (2003) Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In: M. Härter, H.W. Linster & R.D. Stieglitz (Hrsg.) Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, S.9-46.

Havik, O.E. & VandenBos, G.R. (1996) Limitations of manualized psychotherapy for everyday clinical practice. Clinical Psychology: Science & Practice, 3, S.264-267.

Helle, M (2006) Leitlinien im Spannungsfeld von Wissenschaft, Ökonomie und therapeutischer Praxis. Tagungsabend zum 3. Hessischen Landespsychotherapeutentag. Gießen: Psychosozial Verlag.

Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000) Zur Bedeutung der Evidence- Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50, S. 366-375.

Henry, W.P. (1998) Science, politics and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. Psychotherapy Research, 8, S.126-140.

Jakobi, F. (2001) Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch und F. Kaspers (Hrsg.), Fortschritte der klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin, Lengerich: Pabst. S. 323-346.

ISO 9004, Teil2 (1991) International Organization for Standardization verfügbar unter: www.iso.org [04.04.2008]

Kazdin, A.E. (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.) Handbook

of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: John Wiley, S.19-71.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984) Interpersonal Therapy of Depression. New York: Basic Books.

Kriz, J. (2000) Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: DGVT-Verlag, S..

Kriz, J. (2005) Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal, 1, S.12- 20.

Laireiter, A. und Vogel, H.(1998) (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (1988) Treatment manuals: Problems and promise. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 7, S.187-204.

Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.) Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: John Wiley, S.143-189.

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Hrsg.) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (5. Ausgabe), New York: John Wiley, S. 139-193.

Lang, P.J. & Lazovik, A.D. (1963) Experimental desensitization of a phobia. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, S. 519- 525.

Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Beckenridge, J.S. & Teri, L. (1984) The Coping with Depression Course. Eugene, OR: Castalia.

Luborsky, L. & DeRubeis, R.J. (1984) The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4 (1), S. 5-14.

Luborsky, L. (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A Manual for supportive- expressive treatment*. New York: Basic Books.

Luborsky, L. (1995) *Einführung in die analytische Psychotherapie: ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Neudeck, W. (2002). *Das österreichische Gesundheitssystem : eine ökonomische Analyse*. Wien: Manz.

NHS Centre for Reviews and Dissemination (1996) *Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness*. York: University of York.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987) Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Psychotherapie*, 4, S.281-308.

Parry, G. (2000) Evidence- based psychotherapy: an overview. In N. Rowland & S. Goss (Hrsg.) *Evidence- Based Counselling and Psychological Therapies*. S.57-75

Psychotherapeutengesetz, Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (OBVP) verfügbar unter: www.psychotherapie.at/psychotherapeutengesetz [13.06.2007]

Reed, G.M. & Eisman, E.J. (2006) Uses and Misuses of Evidence: Managed Care, Treatment Guidelines, and Outcomes Measurement in Professional Practice. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin und R.J. Sternberg *Evidence- Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*. S.13- 35.

Revenstorf, D. (2003) Das Kuckucksei- Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforschung. Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren 12.12.2003, Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin. S.10-14.

Rossboth, D.W. & Gay, J. & Lin, V. (2007) Einführung in Evidence Based Medicine. Wien: Facultas.

Roth, A.D., Fonagy, P. & Parry, G. (1996) Psychotherapy research, funding and evidence based practice. In A.D. Roth and P. Fonagy: What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford, S. 37- 56.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1997). Was ist evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchner Medizinische Wochenschrift, 139(44), S.644-645.

Scaturro, D.J. (2001) The Evolution of Psychotherapy and the Concept of Manualization: An Intergrative Perspective. Professional Psychology: Research and Practice, 32(5), S.522- 530.

Schmidt J., Nübling R. (1994) Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. Z. Wiss. Gesprächspsychother. (GWG), 96, S.15-25.

Schramm, E. (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Schütz, A. (1971), Wissenschaftliche Interpretationen und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. In: A. Schütz: Gesammelte Aufsätze 1: Das Problem der Wirklichkeit. Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 3-54.

Shadish, W.R., Matt, G., Navarro, A. & Phillips G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, S.512-543.

Shapiro, D.A. (1996) „Validated“ treatments and evidence-based psychological services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, S.256-259.

Silverman, W.H. (1996) Cookbooks, Manuals, and Paint-By-Numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33 (2), S. 207- 215.

Stirman, S.W. & DeRubeis, R.J. (2005) Reseach patients and clinical trails are frequently representativ of clinical practice. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Hrsg.) *Evidence-Based Practices in Mental Health*. S. 161-171.

Smith, E.W.L. (1995) Apassionate, rational response to the “manualization” of psychotherapy. *Psychother. Bulletin*, 30, S. 36-40.

Strupp, H.H. & Binder, J. (1984) *Psychotherapy in a new Key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Strupp, H.H. (1993) *Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen*. *Psychotherapie Forum*, 1, S.1-7.

Strupp, H.H (2000) Ein zeitgemäßer Blick auf die Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut*, 1, S.1-9.

Teusch, L. & Finke, J. (1995) Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, S.88-95.

Tschuschke, V. (2005) Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, S.106-115.

Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. (2002) Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, S. 523-527.

Vogel, H. (2004) Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, S.121-127.

Weisz, J. R., & Addis, M. E. (2006). The research-practice tango and other choreographic challenges: Using and testing evidence-based psychotherapies in clinical care settings. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Hsgb.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, DC: American Psychological Association, S.179–206.

Westen, D. & Morrison, K. (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Cilinical Psychology*, 69, S.875-899.

Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson- Brenner, H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trails. *Psychological Bulletin*, 130, S. 631-663.

Westen, D. (2005) Patients and treatments in cilinical trails are not adequately representative of Clinical Practice. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Hrsg.) *Evidence-Based Practices in Mental Health*. S.171-179.

Wilson, G.T. (1996) Manual-based treatments: the clinical application of research findings. *Behavioral Reseach*, 34 (4), S.295-314.

Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.

Woolen, C. (2004): Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In K. Lauterbach und M. Schrappe, Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine.-Stuttgart/New York: Schattauer.

Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal, 2, S.97-104.

Abstrakt-Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Trend zur Manualisierung in der Psychotherapie. Ein Phänomen, die sich im Laufe der letzten Jahre zu einem für die therapeutische Arbeit zu einem relevanten und viel diskutiertem Thema entwickelt hat. Sie gibt Aufschluss über die wichtigsten Begriffe das Thema betreffend und befasst sich des Weiteren mit der Entwicklung des Trends, zeigt die Wurzeln und einzelnen Entwicklungsschritte. Auf den politischen Druck, der auf der Psychotherapie lastet wird ebenso eingegangen, wie auf Entwicklungen im Bereich der Evidenz Basierung. Thematisiert werden auch die Auswirkungen des Trends auf die einzelnen Therapierichtungen und Bereiche der Psychotherapie. Weiters bietet sie einen Überblick über die im Zeitschriftendiskurs geführte Debatte, in dessen Kontext grundlegenden Problemen die sich aus dieser Entwicklung ergeben, umfassend beleuchtet werden.

CURRICULUM VITAE

Name: Gertraud Stromberger

Geburtsdatum: 24.03.1981

Nationalität: Österreich

Ausbildung:

1991-1999 Europagymnasium, Klagenfurt

Juni 1999 Abitur- - Europagymnasium, Klagenfurt

1999-2000 Studium der Kommunikationswissenschaft –
Universität Wien
Schwerpunkte: Kommunikationsstrukturen und Medienrecht

Seit 2000 Studium der Erziehungswissenschaft, Universität
Wien
*Erste Diplomprüfung: Juni 2003
Schwerpunkte: Sozialpädagogik, Sonder- und Heilpädagogik,
Erwachsenbildung*

Seit 2005 Studium der Wirtschaftswissenschaften,
Wirtschaftsuniversität Wien
Schwerpunkt: Wirtschaftsrecht

Sprachen: Deutsch Muttersprache
Englisch sehr gute Kenntnisse in Wort und Schrift
Italienisch in Wort und Schrift
Großes Latinum

Zusätzliche Qualifikationen:

Tutoriumstätigkeit im Rahmen des Tutoriumsprojekts an der Universität
Wien/ Projektgruppe Publizistik

Inkl. Teilnahme an Gruppendynamischen Ausbildungsseminaren

Grundkurs Telefonkommunikation (SMA-Kurs)

Computerkenntnisse
(MS Word, Excel, PowerPoint, Access)

Führerschein

NPO- Stufenprogramm (Öci- Seminar)
(Controllinglehrgang für NPOs)

Berufliche Erfahrungen:

Seit September 2008: **Diakonie Waiern**
Behindertenpädagogin

Jän 04- Aug 08 **Österreichisches Controller Institut, Wien**
Seminarassistentz

Sep 2007 – Aug 08 **Firma C.Kocher Marktforschungs-GmbH,**
Graz
Marktforschungstätigkeiten in Österreich

Apr – Mai 06 **Kleinkindergruppe Burgspatzen, Strassburg**
Praktikum: Kinderbetreuung, Heilpädagogische
Mitbetreuung

2002-2003 **OGM Österreichische Gesellschaft für**
Marketing, Wien
Interviewertätigkeit in Österreich

Okt 02 – Mai 03

SMA Sales Manager Akademie, Wien

Kundenbetreuung und Kundenbefragung am
Telefon

Aug- Sep 01

Foto Tollinger, Klagenfurt

Praktikum: Assistenz der Geschäftsleitung

2000 – 2001

Österreichisches Normungsinstitut, Wien

Seminarbetreuung und Organisationsassistenz