

Psychotherapeut 2016 · 61:54–64  
 DOI 10.1007/s00278-015-0067-y  
 Online publiziert: 30. November 2015  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

## Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg  
 B. Strauß, Jena



Volker Tschuschke<sup>1</sup> · Agnes von Wyl<sup>2</sup> · Margit Koemeda-Lutz<sup>3</sup> · Aureliano Cramer<sup>2</sup> · Mario Schlegel<sup>3</sup> · Peter Schulthess<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Studiengang Psychotherapiewissenschaft, Sigmund Freud-Privatuniversität Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Departement für Angewandte Psychologie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürich, Schweiz

<sup>3</sup> Schweizer Charta für Psychotherapie, Zürich, Schweiz

# Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute

## Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung

**Psychotherapeutische Behandlungskonzepte implizieren die Umsetzung des Konzepts mithilfe technischer Interventionen, die konzeptspezifisch sein sollen. Aus diesem Selbstverständnis beziehen die klassischen Therapieschulen ihre Daseinsberechtigung. Die Psychotherapieforschung hat bisher allerdings kaum sichergestellt, ob Therapeuten der in den Studien untersuchten Therapien tatsächlich und in welchem Ausmaß konzeptkonform intervenieren, und ob das „Dodo bird verdict“ bzw. Äquivalenzparadox vergleichbarer Wirksamkeit nicht eher auf vergleichbaren therapeutischen Aktivitäten beruht.**

### Theoretischer Hintergrund

Die Anfänge der Psychotherapie sind nicht eindeutig zurückzuverfolgen. Eine jüngst erschienene Arbeit in der Fachzeitschrift *Medical History* (Xenophontos 2014) führt den Beginn der modernen Psychotherapie auf den römischen Arzt Galen zurück (129 bis 199 n. Chr.), der als Erster Techniken zur Stressbewältigung beschrieb. Die meisten Lehrbücher datieren den Beginn der modernen Psychotherapie auf das 18. bis 19. Jh. (Revenstorf 1993–1996; Kriz 2001; Bräutigam 2003; Heim 2009; Norcross et al. 2011). Die Entwicklung der Psychotherapie ist ohne die Hintergründe der

jeweiligen Zeitströmungen nicht verstehbar (Kriz 2001; Fishman et al. 2011). Als wesentliche Wegbereiter werden Philosophen, Politiker und Dichter für die Entwicklung der Psychoanalyse und der aus ihr hervorgegangenen humanistischen Psychotherapien genannt, wie Goethe, Schiller, Kierkegaard, Nietzsche und Schopenhauer (Kriz 2001), bzw. für die Verhaltenstherapie Hobbes und Locke sowie die experimentelle psychologische und tierexperimentelle Laborforschung (Cautin 2011; [Abb. 1, 2](#)).

Auf Freud, gemeinhin als Begründer der Psychoanalyse angesehen, hatten mit hoher Wahrscheinlichkeit vorangegangene philosophische Überlegungen zum Unbewussten (Hartmann) und zum Einfluss psychischer Faktoren bei der Entwicklung von geistigen Krankheiten (Goethe, Schiller) einen maßgeblichen Einfluss, ebenso gab es entscheidende Wegbereiter der späteren Tiefenpsychologie durch die philosophischen Überlegungen Kierkegaards, Nietzsches und Schopenhauers. Auch ist bekannt, dass das zu seiner Zeit dominierende Paradigma der Hypnose (Mesmer, Braid, Charcot, Bernheim, Janet) einen entscheidenden Einfluss auf die Konzeptualisierung der Psychoanalyse nahm (Bräutigam 2003; Kriz 2001; Norcross et al. 2011; Cautin 2011). Die Psychoanalyse als das erste umfangreich ausgearbeitete theoretische Konzept zur Psychotherapie der Moderne

entstand somit in wesentlichen Teilen aus Überlegungen vorangegangener Denker und Zeitgeistströmungen bezüglich der geistig-seelischen Natur des Menschen.

Dass die psychoanalytischen Theorien von Freud und seinen Mitstreitern zu einer entscheidenden Quelle und treibenden Kraft für weitere, sich fast explosionsartig entwickelnde und verzweigende Konzeptionen wurden, aus denen sich dann in der Folge körperorientierte und humanistische Therapiekonzepte entwickelten, ist [Abb. 1](#) zu entnehmen. In den USA wurde die Psychoanalyse erst Ende der ersten Dekade des 20. Jh.s bedeutsam und dominierte die Psychotherapielandschaft neben der Psychiatrie in der ersten Hälfte des 20. Jh.s, bevor die Verhaltenstherapie ab Mitte des Jahrhunderts aufgrund der explosionsartigen Entwicklung der *Lerntheorie* dominanter wurde ([Abb. 2](#)).

Wie sehr psychoanalytische Sichtweisen auch auf die Entwicklung heutiger systemtheoretischer Therapiekonzepte Einfluss nahmen (Selvini Palazzoli, Böszörményi-Nagy, Haley, Stierlin; Schweizer 2012), und dass deren heutige Ausformulierungen deutlich neueren Datums sind als die Ursprünge der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, zeigt [Abb. 3](#). Gleichwohl hat die systemische Psychotherapie „polyzentrische“ Ursprünge (Schweizer 2012), insbesondere die Be-

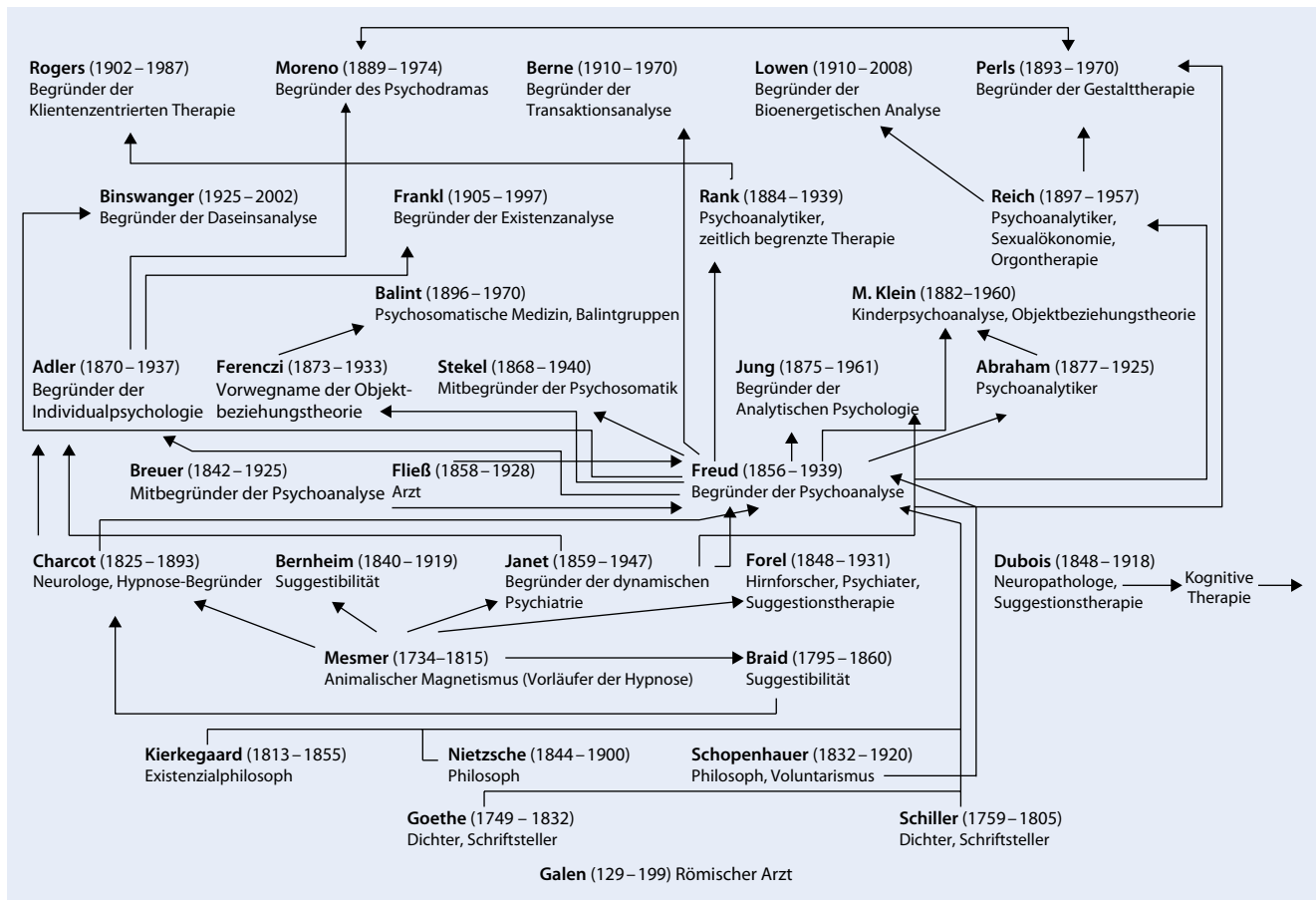


Abb. 1 ▲ Stammbaum der Psychotherapieentwicklung in Europa (unter Verwendung des Überblicks bei Kriz 2001, S. 17)

gründer ausformulierter Systemtheorien (von Bertalanffy, Miller) waren maßstabsetzend für den Systemgedanken (Stichwort „Zirkularität“). Aber auch Norbert Wiener, Begründer der Kybernetik, trug wesentlich zur systemischen Theorieentwicklung bei, indem er versuchte, Kerngedanken der Kybernetik auf die Kommunikation lebender Wesen zu übertragen (Kriz 2001), die wiederum Einfluss auf die Kommunikationstheorien der *Palo-Alto-Gruppe* um Bateson, Beavin, Jackson, Haley und Watzlawick nahm. Die Familientherapie ist ein weiterer Kern der Entwicklung zur systemischen Psychotherapie (Selvini Palazzoli, Satir, Minuchin, Böszörményi-Nagy, Stierlin; Kriz 2001; Schweizer 2012), die ihrerseits entscheidende Wurzeln im psychoanalytischen und teilweise auch im humanistischen Gedankengut hat.

Während die humanistische Psychotherapie in ihren vielfältigen Verzweigungen z. T. aus psychoanalytischen Konzepten hervorging – sei es in Weiter-

entwicklungen oder durch konzeptuelle Abgrenzungen psychoanalytischer sozialisierter Theoretiker und Praktiker (Adler, Jung, Binswanger, Rogers, Perls, Berne, Lowen, Frankl) – und der familientherapeutische Zweig in der Entwicklung der systemischen Psychotherapie ebenfalls aus psychoanalytischen Urgründen stammt, schlug die Verhaltenstherapie in ihrer Entwicklung einen fast vollständig anderen und von Anbeginn an „konträren Weg“ zur Psychoanalyse ein (Heim 2009; ▣ Abb. 2).

Die Entwicklung der Verhaltenstherapie erfolgte überwiegend in den USA. Psychologische Fragestellungen im 19. Jh. gingen zurück auf Philosophen und Sozialreformer wie Spencer, Hobbes, Locke und Bentham (Bräutigam 2003), die Einfluss auf das seinerzeitige Menschenbild nahmen. Vor diesem Hintergrund traten akademisch-wissenschaftliche Psychologen wie Brown, Mill und später Wundt hinzu, bevor die entscheidend grundlegenden Forschungsarbeiten von

Pawlow die frühen theoretischen Grundlagen der Lerntheorie begründeten (Kriz 2001). Die Entwicklung der Verhaltenstherapie hatte aber zusätzlich frühe gesellschaftliche Strömungen, die ebenfalls entscheidende Einflüsse nahmen (Cautin 2011). Die *moralische Behandlung*, zurückgeführt auf den französischen Psychiater Pinel (1745–1826), versuchte psychisch Belasteten ein Gefühl weiterer Zugehörigkeit zur Gemeinschaft zu vermitteln, und gilt als Vorwegnahme späterer Fertigkeitentrainings und der Milieutherapie (Cautin 2011). Psychologische Einflussnahmen auf Menschen erfolgten zu jener Zeit ganz überwiegend in Form von Geistheilungs- und Spiritualitätsbemühungen, durchgeführt von Laien, was beides unvereinbar war mit den wissenschaftlichen Prinzipien der damaligen Medizin in den USA.

In der Zeit zwischen 1880 und 1920 erfolgte ein Paradigmenwechsel hin zum Positivismus. Die Medizin entledigte sich sämtlicher metaphysischer Anteile und

V. Tschuschke · A. von Wyl · M. Koemeda-Lutz · A. Cramerer · M. Schlegel · P. Schulthess

## Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Dem vorliegenden Beitrag liegt die Debatte um eine allgemeine Psychotherapie vs. der Beibehaltung herkömmlicher Therapieschulen und -konzepte zugrunde.

**Material und Methode.** Die Entwicklung der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Schulen mit ihren Konzepten wird nachgezeichnet und dem heutigen Stand der Diskussion gegenübergestellt. Dabei wird anhand von Entwicklungslinien gezeigt, in welchem Ausmaß die wesentlichen psychotherapeutischen Theorien und Konzepte voneinander abstammen und aus vorangegangenen Entwürfen und Zeitgeistströmungen hervorgegangen sind. Anhand einer empirischen Untersuchung wurden die therapeutischen Interventionstechniken von 50 Therapeuten

von 10 verschiedenen konzeptuellen Behandlungsansätzen, die 136 Behandlungen durchführten, objektiv von unabhängigen Beurteilern geratet und miteinander verglichen, um zu überprüfen, inwieweit sich Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulen voneinander unterscheiden bzw. aufgrund historisch gemeinsamer Wurzeln ähnlicher Interventionen bedienen.

**Ergebnisse.** Psychotherapeuten verschiedenster theoretisch-konzeptueller Ansätze sind in ihrem tatsächlichen Interventionsverhalten sehr ähnlich und arbeiten eher allgemein bzw. nichtspezifisch. Dies könnte das Äquivalenzparadox der Psychotherapieforschung erklären und wirft die Frage auf, ob nicht doch die Zeit reif sein könnte für eine allgemeine Psychotherapie im Sinne Grawes. Die Argumente pro und

kontra einer Beibehaltung der klassischen therapeutischen Schulen werden gegeneinander abgewogen.

**Schlussfolgerung.** Die gegenwärtige Praxis der Psychotherapieforschung untersucht bislang kaum die wahren technischen Interventionen von Therapeuten. Daher kann zur differenziellen Bedeutung unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte noch keine allgemeinverbindliche Aussage getroffen werden, und eine Abschaffung der „Schulen erster Ordnung“ erscheint verfrüht.

### Schlüsselwörter

Geschichte · Psychotherapie · Therapietreue · Äquivalenzparadox · Technische Interventionen

## Significance of psychotherapy schools today. History and outlook on the basis of a recent empirical investigation

### Abstract

**Background.** The debate is centered on the use of general psychotherapy versus a perpetuation of the classical schools and concepts in psychotherapy.

**Material and methods.** The development of psychotherapy and its classical therapy schools and concepts is traced back and compared with discussions in the field today. By using genealogical trees, the main developmental lines demonstrate how much major concepts in the field stem from historical, political and philosophical perspectives (zeitgeist) and originate from each other. In an empirical study, the therapeutic intervention techniques of 50 therapists in 136 treatment cases using 10 different theoretical concepts

were empirically compared in order to answer the question as to whether psychotherapists from different theoretical concepts intervene differently due to their learned concepts or similarly due to common historical theoretical roots of their respective concepts. **Results.** Psychotherapists using the different theoretical conceptual approaches investigated were actually very similar in their intervention behavior. General or non-specific therapeutic interventions dominated, thus roughly explaining the dodo bird verdict. This raises the question as to whether the time might have come to argue for general psychotherapy. The pros and cons of a perpet-

uation of the classical schools of therapy are discussed.

**Conclusion.** As the current practice of psychotherapy research does not investigate real therapeutic interventions in a satisfactory manner by using detailed process outcome research, no answer can yet be given regarding the real effects of high treatment adherence on different forms of treatment with different patients. Therefore, dispensing with the classical schools of psychotherapy would seem to be premature.

### Keywords

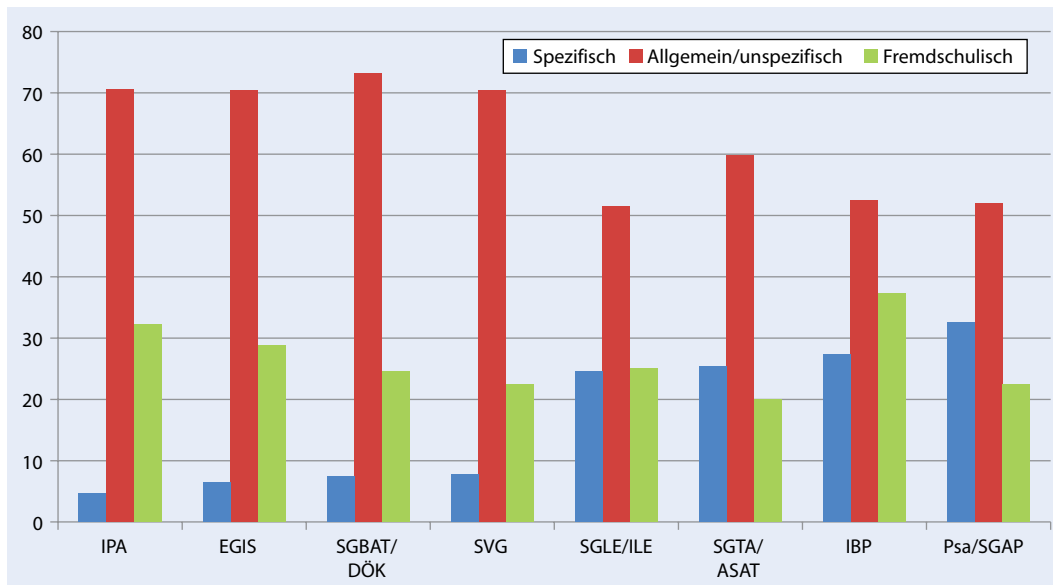
History · Psychotherapy · Adherence · Dodo bird verdict · Technical interventions

sah mentale Probleme ausschließlich in speziellen Formen der Neuropathologie und somatischen Erklärungen. Die akademische Psychologie hatte sich gerade erst ihrer philosophischen und physiologischen Wurzeln entledigt, hatte sich als wissenschaftliche Laborforschung etabliert und war nicht an psychischen Störungen und deren Behandlung interessiert (Cautin 2011). Zugleich gab es aber eine starke „Mind-cure“-Bewegung als Gegenbewegung zum Materialis-

mus der amerikanischen Medizin, innerhalb derer Laien „Heilungen“ vornahmen sowie eine kleine Gruppe von Neurologen, Psychiatern und Psychologen im späten 19. Jh. rege tätig war, die Aspekte mentaler Therapien und ihrer Auswirkungen untersuchten, im Bestreben, Psychopathologie zu verstehen. Beides führte um die Jahrhundertwende zu einem markanten Bedeutungsgewinn der Psychotherapiebewegung in Kultur und Medizin (Cautin 2011).

Die *Boston School of Psychotherapy*, ein informelles Netzwerk anerkannter akademischer Psychologen und Ärzte, wurde um diese Zeit zum Epizentrum der amerikanischen wissenschaftlichen Psychotherapie, inspiriert durch Charcot und Janet, aber auch von den Aktivitäten der spirituellen und mentalen Heiler („Mental-healing“-Bewegung). Dagegen stand die akademische Psychologie, die auf experimenteller Laborforschung aufbaute (Wundt, Pawlow). Aus ihr erwachsen in





**Abb. 4** ▲ Prozentuale Anteile spezifischer, allgemeiner und fremdschulischer therapeutischer Interventionen in den untersuchten Konzepten (Rundungsfehler auf 100 % aufgrund von Mehrfach-Ratings von Kategorien in spezifischen und allgemeinen Kategorien; ■ Tab. 4). IPA Institut für Prozessarbeit, EGIS Europäische Gesellschaft interdisziplinäre Studien (kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie), SGBAT/DÖK Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse/Institut für Bioenergetische Analyse Österreich, SVG Schweizer Vereinigung für Gestalttherapie, SGLE Schweizerische Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, ILE Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, SGTA/ASAT Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse/Association Suisse d'Analyse Transactionelle, IBP „integrative body psychotherapy“, SGAP Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie, Psa Psychoanalyse)

schließlich auf experimenteller Laborforschung akademischer Psychologen sowie tierexperimenteller Forschung und hatte kein Interesse an Psychotherapie, die zu jener Zeit in den Händen von Psychiatern lag (Cautin 2011). Erst mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs wuchsen die theoretische und die praktische Bedeutung der Verhaltenstherapie, nachdem die theoretischen Grundlagen der Lerntheorie immer umfangreicher wurden (Thorndike, Hull, Guthrie, Tolman, Skinner, Wolpe). Geringe psychoanalytische Einflüsse gab es auf die Theorieentwicklungen durch Hull sowie Dollard und Miller, die Anleihen bei der psychoanalytischen Triebtheorie machten (Hull) oder Interesse an der Funktion von Abwehrmechanismen hatten (Dollard und Miller).

Das zweite große Standbein in der Entwicklung der Verhaltenstherapie – neben der Evolution der Lerntheorie – entstand mit der „kognitiven Wende“, deren Wurzeln in frühen Arbeiten Tolmans und in den Konzeptionen von Lazarus, Kanfer und Saslow liegen, die später grundlegend für die heutige *kognitive Verhaltenstherapie* von Ellis, Beck und Meichenbaum wurden.

### Vergleichbare Wirksamkeit

Die verschiedenen therapeutischen Schulen bzw. Konzepte beziehen ihre Daseinsberechtigung bis heute aus der Grundannahme, eine „spezifische“ Wirkung aufgrund ihrer zugrunde liegenden Theorie, der daraus abgeleiteten therapeutischen Haltung und der zugehörigen Interventionstechniken zu erzielen. Die vergleichende Psychotherapieforschung hat sich aber in der Regel mit den differenziellen Effekten unterschiedlicher Behandlungskonzepte befasst und nicht mit den Behandlungsprozessen selbst (Tschuschke und Freyberger 2015). In den großen Metaanalysen kommt sie im Großen und Ganzen zu vergleichbaren Effektstärken (Luborsky et al. 1975; Sloane et al. 1975; Smith et al. 1980; Wampold et al. 1997; Brown et al. 1999; Wampold 2001, 2006; Lambert 2013). Ob die in den – zumeist randomisiert und kontrolliert – durchgeführten Studien (RCT) vermeintlich getesteten Behandlungsverfahren technisch von den Therapeuten tatsächlich so umgesetzt wurden und in welchem Ausmaß (Stichwörter „treatment integrity/

adherence“), dies ist in mehr als 90 % aller Studien überhaupt nicht überprüft worden (Perepletchikova et al. 2010).

Darüber hinaus kann in RCT-Studien keine Kontrolle aller möglichen intervenierenden Variablen des psychotherapeutischen Prozesses erfolgen (Tschuschke et al. 2015; Tschuschke und Freyberger 2015), wenn man sich die Komplexität aller am Veränderungsprozess beteiligten Variablen am Beispiel des *Generic Model of Psychotherapy* von Orlinsky et al. (2004) ansieht. Dieses Modell verdeutlicht zugleich, dass dem therapeutischen Konzept selbst – mit seinen assoziierten technischen Interventionen – eine relativ geringe Bedeutung psychotherapeutischer Effekte zuzuschreiben sein dürfte, und dass allgemeinen, nichtspezifischen Interventionstechniken, patienten- und therapeutenseitigen Merkmalen, extratherapeutischen Ereignissen und nicht zuletzt der Qualität der therapeutischen Beziehung wohl eine größere Bedeutung zukommt als den konzeptspezifischen Faktoren (Wampold 2001; Budd und Hughes 2009; Duncan et al. 2010; Balwin und Imel 2013).



**Tab. 1** Anzahl der Behandlungen nach Schulkonzepten, kooperierende Therapeuten, Anzahl der tonaufgezeichneten und der gerateten Sitzungen je Konzept und Therapeutenzahl

| Konzept  | Therapien insgesamt <sup>a</sup> | Therapien mit Tonaufzeichnungen | Therapeuten in Studie, insgesamt | Ratings von Therapien | Therapeuten der gerateten Therapien |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
|  | <i>n</i>                         | <i>n</i>                        | <i>n</i>                         | <i>n</i>              | <i>n</i>                            |
| Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE) und Schweizerische Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (SGLE)  | 30                               | 14                              | 6                                | 9                     | 4                                   |
| Institut für Prozessarbeit (IPA)   | 60                               | 48                              | 11                               | 24                    | 7                                   |
| „Integrative body psychotherapy“ (IBP)   | 81                               | 59                              | 15                               | 30                    | 10                                  |
| Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie (EGIS)  | 16                               | 15                              | 5                                | 11                    | 3                                   |
| Psychoanalyse und analytische Psychologie (PSZ, DAS, SGAP)   | 21                               | 13                              | 5                                | 9                     | 5                                   |
| Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT) und Österreichische Gesellschaft für Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK) | 48                               | 28                              | 9                                | 14                    | 6                                   |
| Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA) und Association Suisse d'Analyse Transactionnelle (ASAT)   | 61                               | 41                              | 13                               | 21                    | 7                                   |
| Schweizer Vereinigung für Gestalttherapie (SVG)  | 33                               | 30                              | 10                               | 18                    | 8                                   |
| <b>Gesamt</b>  | <b>350</b>                       | <b>248</b>                      | <b>74</b>                        | <b>136</b>            | <b>50</b>                           |

DAS Daseinsanalytisches Seminar, EGIS Europäische Gesellschaft für interdisziplinäre Studien, PSZ Psychoanalytisches Seminar Zürich, SGAP Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie.

<sup>a</sup>Therapien mit vollständigen Outcome-Tests zum Katamnese-Messzeitpunkt.

Es stellt sich die Frage, woraus die vergleichbare Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Behandlungsverfahren (Äquivalenzparadox bzw. „Dodo bird verdict“ der Psychotherapieforschung) – den großen Metaanalysen folgend – abzuleiten wäre. Psychotherapeutische Behandlungsspezifität wird mit maximal 1–15 % der Ergebnisvarianz spezifischer Interventionstechniken diskutiert (Wampold et al. 1997; Wampold 2001; Baldwin und Imel 2013). Könnte es sein, dass Psychotherapeuten ungeachtet ihrer vermeintlichen – theoretisch begründeten – Unterschiedlichkeit gar nicht so unterschiedlich arbeiten?

Falls das ursprünglich gelernte Behandlungskonzept für Psychotherapeuten späterhin relativ wenig Bedeutung für die eigene Behandlungspraxis haben sollte – wenn man den Ergebnissen der quantitativen Analysen in der Psychotherapieprozessforschung folgt und falls die allgemein verbreitete Ansicht, Psychotherapeuten würden mit der Zeit eklektischer arbeiten und Anleihen bei anderen Konzepten machen, zutreffen sollte – hätten dann die „Schulen erster Ordnung“, wie Grawe dies einmal postuliert hat, ausgedient (Grawe 1997)? Benötigen wir, wenn Psychotherapeuten

hauptsächlich mit allgemeinen, nicht-spezifischen Interventionen arbeiten, eine „allgemeine Psychotherapie“ (Grawe 1995)?

Diese Arbeit liefert einen empirischen Beitrag zur Debatte, indem im Rahmen einer naturalistischen Studie ambulante Therapien von Therapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzeptzugehörigkeit auf ihre Interventionsspezifität (konzeptkonform, nichtspezifisch, fremdschulisch) hin untersucht wurden.

## Methoden

Die *Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz* (PAP-S) der *Schweizer Charta für Psychotherapie* untersuchte 10 verschiedene Therapieverfahren (ausführliche Darstellung bei von Wyl et al. 2013) hinsichtlich der realen therapeutischen Interventionen von 74 kooperierenden, niedergelassenen Psychotherapeuten anhand von 350 ambulanten einzeltherapeutischen Behandlungsfällen in Basel, Bern, Chur, Genf, Lausanne, Luzern, Neuchâtel, St. Gallen, Winterthur und Zürich (von Wyl et al. 2013; Tschuschke et al. 2015). Die Zustimmungen zur Durchführung der Studie wurden von den

Ethikkommissionen aller 7 betroffenen Schweizer Kantone eingeholt.

## Stichprobe

Für diese Untersuchung konnten bislang 136 tonaufgezeichnete Therapien, die von 50 Therapeuten durchgeführt wurden, analysiert werden. Alle Therapeuten sind von ihrem Institut – und damit auch für das jeweils zu untersuchende Therapieverfahren – anerkannte und lizenzierte Lehrtherapeuten. Die berufliche Erfahrung der Therapeuten betrug im Durchschnitt ca. 10 Jahre, das durchschnittliche Therapeutenalter betrug 50,2 (♀) bis 50,6 (♂) Jahre.

Von jedem an der Studie beteiligten 10 schultheoretischen Konzepten wurden repräsentative Stichproben für diese Untersuchung nach Zufall gezogen. Im Überblick zeigt **Tab. 1** die von den einzelnen Schulen/Verfahren in die Studie eingebrachten Behandlungsfälle, die Anzahl der tonaufgezeichneten Behandlungen je Verfahren, die Zahl der an der Studie mitwirkenden Therapeuten je Verfahren, die Zahl der stichprobenartig durchgeführten gerateten Behandlungen je Verfahren und die Zahl der Therapeuten, von denen Behandlungen je Verfahren geratet wurden.

**Tab. 2** Therapeutische Interventionen von Psychotherapeuten 8 verschiedener konzeptueller Schulorientierungen

| Rang | Bioenergetik (Gesamtzahl der Interventionen = 1885)                         | Interventionen (N=40 Sitzungen) |      |
|------|---|---------------------------------|------|
|      | Konzept   | n                               | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1380                            | 73,2 |
| 2    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 176                             | 9,3  |
| 3    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 139                             | 7,4  |
| 4    | Gestalttherapie   | 104                             | 5,5  |
| 5    | Personzentrierte Psychotherapie   | 88                              | 4,7  |
| 6    | Systemische Therapie  | 34                              | 1,8  |
| 7    | Verhaltenstherapie  | 24                              | 1,3  |
| 8    | Integrative Körperpsychotherapie  | 17                              | 0,9  |
| 9    | Prozessanalyse  | 13                              | 0,7  |
| 10   | Logotherapie und Existenzanalyse  | 5                               | 0,3  |
| 11   | Transaktionsanalyse   | 2                               | 0,1  |
| 12   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                                    | 1                               |      |
| Rang | Integrative Körperpsychotherapie (Gesamtzahl der Interventionen = 3584)     | Interventionen (N=85 Sitzungen) |      |
|      | Konzept   | n                               | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1861                            | 52,5 |
| 2    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 967                             | 27,3 |
| 3    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 354                             | 10,0 |
| 4    | Personzentrierte Psychotherapie   | 137                             | 3,9  |
| 5    | Bioenergetik  | 68                              | 1,9  |
| 6    | Systemische Therapie  | 55                              | 1,6  |
| 7    | Gestalttherapie   | 52                              | 1,5  |
| 8    | Prozessanalyse  | 44                              | 1,2  |
| 9    | Verhaltenstherapie  | 38                              | 1,1  |
| 10   | Logotherapie und Existenzanalyse  | 16                              | 0,4  |
| 11   | Transaktionsanalyse   | 6                               | 0,2  |
| 12   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                                    | 2                               | 0,1  |
| Rang | Gestalttherapie (Gesamtzahl der Interventionen = 2141)                      | Interventionen (N=45 Sitzungen) |      |
|      | Konzept   | n                               | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1507                            | 70,4 |
| 2    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 260                             | 12,1 |
| 3    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 164                             | 7,7  |
| 4    | Personzentrierte Psychotherapie   | 94                              | 4,4  |
| 5    | Systemische Therapie  | 40                              | 1,9  |
| 6    | Verhaltenstherapie  | 35                              | 1,6  |
| 7    | Prozessanalyse  | 22                              | 1,0  |
| 8    | Logotherapie und Existenzanalyse  | 17                              | 0,8  |
| 9    | Integrative Körperpsychotherapie  | 13                              | 0,6  |
| 10   | Bioenergetik  | 6                               | 0,3  |
| 11   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                                    | 1                               |      |
| 12   | Transaktionsanalyse   | 0                               |      |
| Rang | Kunst-/ausdrucksorientierte Therapie (Gesamtzahl der Interventionen = 1686) | Interventionen (N=24 Sitzungen) |      |
|      | Konzept   | n                               | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1189                            | 70,5 |
| 2    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 260                             | 12,1 |
| 3    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 108                             | 6,4  |
| 4    | Gestalttherapie   | 87                              | 5,2  |
| 5    | Personzentrierte Psychotherapie   | 56                              | 3,3  |

Die Patientenstichprobe bestand zu fast genau zwei Dritteln aus weiblichen (durchschnittliches Alter knapp 39 Jahre) und einem Drittel männlichen Patienten (durchschnittliches Alter 40 Jahre) mit nach ICD-10 30 % depressiven, 32,6 % Angst-Anpassungsstörungen, 12,9 % gemischten Angst-Depressionsstörungen und 17,4 % Persönlichkeitsstörungen (Cluster B und C) sowie 7,1 % Sonstige (Essstörungen, Suchtprobleme).

## Erhebungsinstrumente

Die Behandlungsergebnisse wurden anhand von 4 Outcome-Messmethoden für Prä-post- sowie für Prä-Katamnese-Vergleichsmessungen (ein Jahr nach Behandlungsende) objektiviert:

- Brief Symptom Inventory (BSI),
- Outcome Questionnaire (OQ-45.2),
- Beck Depressions-Inventar (BDI-II),
- Global Assessment Functioning Scale (GAF), (alle in deutschsprachiger Version; ausführlich beschrieben bei [2012]).

Objektive und vollständige Analysen der Therapeuteninterventionen wurden von unabhängigen, für die Konzeptzugehörigkeit der Therapeuten und der zugehörigen Rating-Kategorien blinden Rater anhand eines neu entwickelten Rating-Manuals mit einer ausreichenden Interrater-Reliabilität vorgenommen (mittleres  $\kappa$  zwischen 3 Ratern = 0,63; Tschuschke et al. 2014, 2015). Die prozentualen Interventionsanteile der 3 Kategorien spezifische, nichtspezifische und fremdschulische Interventionen summierten sich je Sitzung auf 100 %. Über die 3 bzw. 4 ausgewählten Sitzungen wurden die Prozentzahlen jeweils gemittelt.

Insgesamt wurde von allen kooperierenden Therapeuten im Zeitraum zwischen 2007 und 2011 jede Behandlung in die Studie aufgenommen, sofern der betroffene Patient einwilligte. Von ca. 71 % aller Behandlungen wurden Therapie-sitzungen tonaufgezeichnet. Später wurden nach Zufall 3 bis 4 Sitzungen jeder der tonaufgezeichneten Behandlungen ausgewählt – aus dem Anfangsstadium, dem mittleren und einem späten Behandlungsabschnitt. Jede Therapeuten-intervention wurde von den Ratern an-

**Tab. 2** Therapeutische Interventionen von Psychotherapeuten 8 verschiedener konzeptueller Schulorientierungen (Fortsetzung)

|      |   |                                  |      |
|------|---|----------------------------------|------|
| 6    | Verhaltenstherapie  | 37                               | 2,2  |
| 7    | Integrative Körperpsychotherapie  | 30                               | 1,8  |
| 8    | Bioenergetik  | 26                               | 1,5  |
| 9    | Systemische Therapie  | 18                               | 1,1  |
| 10   | Prozessanalyse  | 12                               | 0,7  |
| 11   | Logotherapie und Existenzanalyse  | 11                               | 0,6  |
| 12   | Transaktionsanalyse   | 5                                | 0,3  |
| Rang | <b>Logotherapie und Existenzanalyse (Gesamtzahl der Interventionen = 706)</b> | Interventionen (N=25 Sitzungen)  |      |
|      | Konzept   | n                                | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 363                              | 51,4 |
| 2    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 174                              | 24,6 |
| 3    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 84                               | 11,9 |
| 4    | Personzentrierte Psychotherapie   | 49                               | 6,9  |
| 5    | Systemische Therapie  | 13                               | 1,8  |
| 6    | Gestalttherapie   | 8                                | 1,1  |
| 7    | Prozessanalyse  | 7                                | 1,0  |
| 8    | Verhaltenstherapie  | 6                                | 0,8  |
| 9    | Bioenergetik  | 5                                | 0,7  |
| 10   | Transaktionsanalyse   | 3                                | 0,4  |
| 11   | Integrative Körperpsychotherapie  | 2                                | 0,3  |
| 12   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                                      | 1                                | 0,1  |
| Rang | <b>Prozessanalyse (Gesamtzahl der Interventionen = 2788)</b>                  | Interventionen (N=62 Sitzungen)  |      |
|      | Konzept   | n                                | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1966                             | 70,5 |
| 2    | Psychodynamische Therapien (P; AP)  | 332                              | 11,9 |
| 3    | Personzentrierte Psychotherapie   | 133                              | 4,8  |
| 4    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 130                              | 4,7  |
| 5    | Gestalttherapie   | 119                              | 4,3  |
| 6    | Bioenergetik  | 112                              | 4,0  |
| 7    | Integrative Körperpsychotherapie  | 99                               | 3,6  |
| 8    | Verhaltenstherapie  | 31                               | 1,1  |
| 9    | Logotherapie und Existenzanalyse  | 28                               | 1,0  |
| 10   | Systemische Therapie  | 25                               | 0,9  |
| 11   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                                      | 11                               | 0,4  |
| 12   | Transaktionsanalyse   | 6                                | 0,2  |
| Rang | <b>Psychodynamische Therapien (Gesamtzahl der Interventionen = 2767)</b>      | Interventionen (N= 18 Sitzungen) |      |
|      | Konzept   | n                                | %    |
| 1    | Allgemeine Interventionen   | 1439                             | 52,0 |
| 2    | <i>Eigenes Konzept</i>  | 900                              | 32,5 |
| 3    | Personzentrierte Psychotherapie   | 145                              | 5,2  |
| 4    | Bioenergetik  | 134                              | 4,8  |
| 5    | Integrative Körperpsychotherapie  | 122                              | 4,4  |
| 6    | Gestalttherapie   | 114                              | 4,1  |
| 7    | Systemische Therapie  | 56                               | 2,0  |
| 8    | Verhaltenstherapie  | 30                               | 1,1  |
| 9    | Transaktionsanalyse   | 20                               | 0,7  |
| 10   | Logotherapie und Existenzanalyse  | 4                                | 0,1  |

hand des Rating-Manuals, das 100 psychotherapeutische Interventionen der verbreitetsten und an der Studie beteiligten Konzepte umfasst (Tschuschke et al. 2014), bewertet: nach allgemeinen/nichtspezifischen, schulspezifischen/konzepttreuen und fremdschulischen Interventionen. Kategorienbeispiele, Rating- und Auswertungsprozedere sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben (von Wyl et al. 2013; Tschuschke et al. 2015).

## Ergebnisse

Die durchschnittliche Effektstärke über alle diagnostischen Kategorien und alle Tests lag zum Katamnese-Messzeitpunkt mit  $ES = 1,09$  im leicht gehobenen Bereich. Diese Behandlungseffekte wurden mit durchschnittlich 43 Sitzungen erreicht.

Dass die Anzahl der für jedes konzeptuelle Therapieverfahren objektiv gerateten Behandlungen repräsentativ für die insgesamt in die Studie eingebrachte Anzahl an Behandlungen für dieses Verfahren ist, verdeutlicht **Tab. 1**. Der prozentuale Anteil liegt zwischen 50 % [Institut für Prozessarbeit (IPA), Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT)/Österreichische Gesellschaft für Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK)] und 73,3 % [kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie, Europäische Gesellschaft interdisziplinäre Studien (EGIS)]. Auch die Zahl der Therapeuten, deren Behandlungen objektiv geratet wurden, ist repräsentativ für die Gesamtzahl der für die Institute/Konzepte an der Studie mitwirkenden Therapeuten.

Die objektiven Ratings von 136 ambulanten Therapien der PAP-S sind in **Tab. 2** zusammengefasst (von Wyl et al. 2013; Tschuschke et al. 2015), die für diese Untersuchung ausgewertet werden konnten. Insgesamt wurden die therapeutischen Interventionen von 448 zufällig ausgewählten Sitzungen der 136 Behandlungen vollständig von unabhängigen, blinden Ratern geratet (insgesamt 18.852 therapeutische Interventionen). Die Ergebnisse zeigen (**Abb. 4**), dass Psychotherapeuten von 10 verschiedenen konzeptuellen



**Tab. 2** Therapeutische Interventionen von Psychotherapeuten 8 verschiedener konzeptueller Schulorientierungen (Fortsetzung)

| Rang | Transaktionsanalyse (Gesamtzahl der Interventionen = 3295) | Interventionen (N=49 Sitzungen) |      |
|------|--|---------------------------------|------|
|      | Konzept  | n                               | %    |
| 11   | Prozessanalyse   | 3                               | 0,1  |
| 12   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                   | 1                               |      |
| 1    | Allgemeine Interventionen                                  | 1972                            | 59,8 |
| 2    | Eigenes Konzept  | 836                             | 25,4 |
| 3    | Psychodynamische Therapien (P; AP)                         | 287                             | 8,7  |
| 4    | Bioenergetik   | 89                              | 2,7  |
| 5    | Verhaltenstherapie   | 82                              | 2,5  |
| 6    | Gestalttherapie  | 57                              | 1,7  |
| 7    | Integrative Körperpsychotherapie                           | 37                              | 1,1  |
| 8    | Prozessanalyse   | 33                              | 1,0  |
| 9    | Personzentrierte Psychotherapie                            | 31                              | 0,9  |
| 10   | Logotherapie und Existenzanalyse                           | 14                              | 0,4  |
| 11   | Kunst- und ausdrucksorientierte Therapie                   | 9                               | 0,3  |
| 11   | Systemische Therapie                                       | 9                               | 0,3  |

P Psychoanalyse, AP analytische Psychologie.

Orientierungen hauptsächlich nicht-spezifisch (allgemein, zwischen 51,4 und 73,2%) intervenieren und in der Regel erst in zweiter Linie spezifische Interventionen des eigenen Konzepts verwenden (zwischen 4,7 und 32,5%). Daneben verwendeten die Therapeuten zwischen 19,6 und 37,2% technische Interventionen, die von anderen Konzepten stammen (vorwiegend Techniken, die von der Psychoanalyse oder von der analytischen Psychologie abstammen, zwischen 8,7 und 12,1%). Die psychotherapeutischen Behandlungen der verschiedenen Konzepte unterschieden sich im Therapieergebnis nicht substantiell voneinander (Tschuschke et al. 2015).

Für die verschiedenen diagnostischen Gruppen, für das Geschlecht des Patienten oder das des Therapeuten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Interventionscharakteristika.

## Diskussion

Der relativ große Anteil psychodynamischer Interventionstechniken (■ Tab. 2) erklärt sich aus der historischen Gewachsenheit der einzelnen Verfahren aus der Psychoanalyse und der nachfolgenden konzeptuellen Ableitungen (■ Abb. 1), speziell bei den humanistischen Verfahren der Studie (Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, bioenergetische Analyse, Logo-

therapie und Existenzanalyse), die aus Vorläufern der Psychoanalyse hervorgegangen sind. Ein bedeutsamer Anteil psychotherapeutischer Behandlungsinterventionen speist sich offenbar nachweislich aus gemeinsamen historischen Vorläufern. Die in die PAP-S eingegangenen Behandlungsverfahren haben ihre Wurzeln sämtlich in psychodynamischen Vorläufern und nicht in der Verhaltenstherapie oder in systemischen Konzepten. Deshalb sind die prozentualen Anteile systemischer Interventionen (bis maximal 2%) oder verhaltenstherapeutischer Interventionen (bis maximal 2,5%) relativ vernachlässigbar. In welchem Ausmaß verhaltenstherapeutische oder systemische Therapeuten spezifisch arbeiten und Anleihen bei anderen Konzepten machen, kann hier nicht beantwortet werden, da Therapeuten dieser Orientierungen nicht an der Studie teilgenommen haben (trotz intensiver Bemühungen während der Studienplanung).

### Integrativ oder eklektisch? Sind die klassischen Schulen noch zeitgemäß?

Vermutlich ist eine grundlegende Ausbildung in zumindest einem Verfahren bzw. Konzept eine unverzichtbare Voraussetzung für eine ethisch verantwortbare psychotherapeutische Tätig-

keit. Psychotherapeuten beziehen daraus ein Verständnis abweichenden Erlebens und Verhaltens und eine grundlegende Orientierung für ihre therapeutischen Aktivitäten, die aus einem Konzept stammen, das wissenschaftliche Evidenz nachweisen muss.

Für eine effiziente bzw. effektive psychotherapeutische Behandlung treten dann aber mit der Zeit anscheinend weitere Elemente hinzu, die sich aus den Erfahrungen der alltäglichen Praxis ergeben. Kein einziges psychotherapeutisches Konzept kann jedem Patienten zu jedem Zeitpunkt gerecht werden. Psychotherapeuten erfahren in ihrer praktischen Tätigkeit mit der Zeit, was für welche Patienten vermutlich hilfreich ist und was weniger. Sie beginnen, zusätzliche Elemente zu integrieren, die sie als hilfreich und ergänzend zum einmal gelernten Konzept empfinden und die ihnen kompatibel mit und authentisch für ihre eigene Persönlichkeit erscheinen.

Aus einer solchen Perspektive wäre professionelle Psychotherapie demnach nicht die pure Anwendung einmal gelernter Technik, sondern die einfühlsame Anwendung (oder Nichtanwendung) einmal gelernter Technik zum richtigen Zeitpunkt beim richtigen Patienten (Stichwort „Timing“), unter Hinzuziehung hilfreicher anderer Konzeptionen und Techniken, die für einen bestimmten Patienten hilfreich sein könnten und die zugleich „stimmig“ und authentisch mit der Behandlungsphilosophie und Persönlichkeit des Behandlers wäre.

Eine solche Psychotherapie im Sinne Grawes auf eine „allgemeine Psychotherapie“ zu reduzieren und die „Schulen erster Ordnung“ abzuschaffen, erscheint voreilig. Erstens sind die klassischen psychotherapeutischen Behandlungskonzepte in keiner Weise, nicht einmal im Ansatz, erschöpfend empirisch überprüft worden hinsichtlich einer konzeptkonformen Interventionstechnik und der damit erzielbaren Wirkungen. Dazu müssten sehr aufwendige Prozessforschungen mit einer größeren Anzahl von zu Behandelnden prozessuntersucht und sichergestellt werden, dass die Therapeuten tatsächlich in ganz überwiegendem Ausmaß ihr Konzept technisch umgesetzt haben (Stichwort

„treatment adherence“). Erst danach könnte eingeschätzt werden, ob es tatsächlich differenziell wirksame Behandlungsverfahren bei bestimmten Patientengruppen gäbe oder nicht. Diese Forschung hat bislang nicht stattgefunden. Mithin können die klassischen Behandlungskonzepte auch nicht als überlebt angesehen werden, und „Begräbnisse erster Klasse“ – im Sinne Grawes (1997) – sind somit derzeit obsolet.

Zweitens – was noch wesentlicher ist – ist der allgemeine Konsens unter Psychotherapieforschern und wäre zu berücksichtigen, dass dem eigentlichen Behandlungskonzept nur geringe Bedeutung in der Psychotherapie zukommen scheint (Wampold 2001; Budd und Hughes 2009; Duncan et al. 2010; Baldwin und Imel 2013). Dies führt dann aber keineswegs zwangsläufig zu der Annahme, Psychotherapie sei ausschließlich eine „allgemeine“ therapeutische Maßnahme, bei der es um wenige allgemeine, nichtspezifische Interventionen ginge (bei Grawe 5 an der Zahl; 1995). Bei den von Grawe dargelegten „allgemeinen Wirkfaktoren“ handelt es sich um allgemeine, nichtspezifische Interventionen, die geglückte zwischenmenschliche Kommunikation und Beziehung darstellen und die in jeglicher Form von hilfreicher Psychotherapie vermutlich schon immer – aber eben auch nicht nur – eingesetzt wurden, wie ja auch unsere Analyse der Interventionen in der PAP-S zeigt.

Professionelle Psychotherapie, die diese Bezeichnung verdient, wäre den Ergebnissen unserer Studie und den daraus oben gezogenen Schlussfolgerungen und Vermutungen zufolge kein eklektisches Sammelsurium technischer Beliebigkeit, sondern eine *Integration* professionell erworbener Grundausbildung in zumindest einem Verfahren mit klinischen Erfahrungen aus alltäglicher Praxis mit unterschiedlichsten Patientenproblemen und -persönlichkeiten. Aus diesen Eindrücken heraus vollzieht sich die Erweiterung des ursprünglichen Handlungsrepertoires durch die Hinzunahme und Integration weiterer Techniken und Haltungen aus anderen psychotherapeutischen Konzepten.

Psychotherapie wäre demzufolge ein hochkomplexer zwischenmenschlicher

Prozess, in den sehr viele Variablen eingehen, die sich wechselseitig beeinflussen: Die Belastung/Störung/Persönlichkeit des Patienten, die Chronifizierung der Störung, die Persönlichkeit des Behandlers, seine professionelle Erfahrung und zwischenmenschliche Kompetenz – es gibt eben auch unterschiedlich effektive Behandler (Baldwin und Imel 2013; Berglar et al. 2015) – das Behandlungskonzept und seine Angemessenheit für den Patienten und seine Störung (Passung), die persönliche Arbeitsbeziehung und vieles mehr. Die Entwicklung der Psychotherapie und ihrer Konzepte scheint noch lange nicht abgeschlossen. Aufwendige und präzise Prozessforschungen fördern immer mehr ein Verständnis darüber zutage, wie die vielen beteiligten Aspekte ineinandergreifen. So wird es in Zukunft möglich werden, zu beurteilen, welchen *qualitativen* Beitrag die klassischen Schulkonzepte haben, auch wenn die *quantitativen* Anteile derzeit als relativ gering erscheinen mögen.

## Fazit für die Praxis

**Psychotherapeuten unterschiedlicher konzeptueller Ansätze setzen weitgehend ähnliche Interventionstechniken ein, indem ein Großteil aller Interventionen allgemeiner, nichtspezifischer Natur ist, der eine optimierte menschliche Kommunikation darstellt. Therapeuten sollten gegenüber ihrem gelernten Therapieverfahren eine gelassene, flexible Haltung einnehmen. Rigide oder unflexible Umsetzungen von Techniken aus gelernten psychotherapeutischen Konzepten scheinen ungünstig zu sein. Die Sicherstellung eines tragfähigen, vertrauensvollen Arbeitsbündnisses muss Priorität haben, etwa indem konzeptkonforme Interventionen zugunsten allgemeiner, nichtspezifischer Techniken zurückgestellt werden, insbesondere zu Beginn der Behandlung und bei belasteten Arbeitsbündnissen, z. B. bedingt durch das Ausmaß der psychischen Belastung des Patienten. Professionelle Therapie scheint den Ergebnissen zufolge eine geglückte und stimmige Integration optimierter Kommunikations- und Beziehungstechniken mit zusätzlichen**

**Techniken anderer Konzepte und den eigenen, gelernten darzustellen.**

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. V. Tschuschke**

Studiengang Psychotherapiewissenschaft  
Sigmund Freud-Privatuniversität Berlin  
Columbiadamm 10, Turm 9, 12101 Berlin  
volker.tschuschke@sfu-berlin.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** V. Tschuschke, A. von Wyl, M. Koemeda-Lutz, A. Cramer, M. Schlegel und P. Schulthess geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

## Literatur

- Baldwin SA, Imel ZE (2013) Therapist effects. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl. Wiley, New York, S 258–297
- Berglar J, Cramer A, von Wyl A, Koemeda-Lutz M, Köhler M, Staczan P, Schulthess P, Tschuschke V (2015) Effectiveness of psychotherapists in 10 types of psychotherapy: a naturalistic process-outcome study. (Unveröff. Manusk.)
- Bräutigam W (2003) Psychotherapie. Neue Grundlagen – neue Wege. Beltz, Weinheim
- Brown J, Dreis S, Nace DK (1999) What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed-care want to know? In: Hubble MA, Duncan BI, Miller SD (Hrsg) The heart and soul of change: What works in therapy? American Psychological Association, Washington, DC, S 389–406
- Budd R, Hughes I (2009) The Dodo Bird verdict-controversial. Inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. Clin Psychol Psychother 16:510–522
- Cautin RL (2011) A century of psychotherapy, 1860–1960. In: Norcross JC, Vandenbos GR, Freedheim DK (Hrsg) History of psychotherapy. Continuity and change, 2. Aufl. American Psychological Association, Washington, DC, S 3–38
- Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA (Hrsg) (2010) The heart and soul of change. Delivering what works in psychotherapy, 2. Aufl. American Psychological Association, Washington, DC, S 140–149
- Fishman DB, Rego SA, Müller KL (2011) Behavioral theories of psychotherapy. In: Norcross JC, Vandenbos GR, Freedheim DK (Hrsg) History of psychotherapy. Continuity and change, 2. Aufl. American Psychological Association, Washington, DC, S 101–140
- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40:130–145

Grawe K (1997) Research-informed psychotherapy. *Psychother Res* 7:1–20

Heim E (2009) Die Welt der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Kriz J (2001) Grundkonzepte der Psychotherapie, 5. Aufl. Beltz-PVU, Weinheim

Lambert MJ (2013) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl. Wiley, New York, S 169–218

Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true that „Everyone has won and all must have prizes?“ *Arch Gen Psychiatry* 32:995–1008

Muran JC, Barber JP (Hrsg) (2010) The therapeutic alliance. An evidence-based guide to practice. Guilford Press, New York

Norcross JC, Vandenbos GR, Freedheim DK (2011) History of psychotherapy. Continuity and change, 2. Aufl. American Psychological Association, Washington, DC

Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5. Aufl. Wiley, New York, S 307–389

Perepletchikova F, Chereji E, Hilt LM, Kazdin AE (2010) Barriers to implementing treatment integrity procedures: survey of treatment outcome researchers. *J Consult Clin Psychol* 77:210–218

Pfammatter M, Jungohan Z, Tschacher W (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychother Psychiatrie Psychother Med Klin Psychol* 17:17–31

Revenstorff D (1993–1996) Psychotherapeutische Verfahren, Bd I–III. 2–3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Schweitzer J (2012) Systemische Therapie. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 244–255

Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975) Psychotherapy versus behavior therapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore

Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore

Tschuschke V, Freyberger HJ (2015) Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine kritische Analyse der Lage. *Z Psychosom Med Psychother* 61:122–138

Tschuschke V, Koemeda-Lutz M, Schlegel M (2014) PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Rating-Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte. Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie, Bd 2, Zürich

Tschuschke V, Cramer A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda-Lutz M (2015) The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychother Res* 25:420–434. doi:10.1080/10503307.2014.896055

Wampold BE (2001) The great psychotherapy debate: models, methods, and findings. Lawrence Erlbaum, Mahwah

Wampold BE (2006) Do therapies designated as empirically supported treatments produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies? In: Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (Hrsg) Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions. American Psychological Association, Washington, DC, S 299–308

Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H (1997) A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, „All must have prizes“. *Psychol Bull* 122:203–215

von Wyl A, Cramer A, Koemeda M, Tschuschke V, Schulthess P (2013) Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychother-Wiss* 1:4–22

Xenophon S (2014) Psychotherapy and moralizing rhetoric in Galen's newly discovered *Avoiding Distress (Peri Alypias)*. *Med Hist* 58:585–603. doi:10.1017/mdh.2014.54



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

► Geben Sie hierzu den Beitrags-titel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.

## Der Arzt auf Knopfdruck

In den USA machen Smartphone-Apps Furore, mit denen sich Ärzte direkt ins Wohnzimmer ordern lassen. Der in New York agierende Service „Pager“ bietet eine dieser Apps an, ein anderer Anbieter trägt den Namen „Heal“. Wer sich registriert und seine Kreditkartendaten hinterlegt, kann damit in Los Angeles und San Francisco Ärzte bestellen, die zu einem Preis von 99 US-Dollar je nach Stadtteil in maximal 20 bis 60 Minuten vor Ort sind. Demnächst soll das Angebot auf 15 weitere Städte ausgedehnt werden. Ein weiterer Anbieter, der mit Google kooperiert, ist „Doctor on Demand“, ebenfalls in San Francisco angesiedelt. In erster Linie geht es natürlich um hausärztliche Dienste. Gut ausgestattet sind die App-Mediziner allerdings schon: Bei „Heal“ verfügen sie über diverse technische Gadgets, die unter anderem die Aufzeichnung eines EKG und eine HD-Video-Otoskopie erlauben. Dass damit bei Bedarf auch telemedizinische Expertise eingeholt werden kann, liegt auf der Hand: Das Unternehmen kooperiert mit mehreren Krankenhäusern.

[www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)

Hier steht eine Anzeige.

