

Aufgaben und Chancen der psychosomatischen Psycho-Therapie-Forschung¹

Horst Kächele (Ulm)

Lange Zeit, allzu lange Zeit war die namentliche Verklammerung von Psychosomatik und Psychotherapie ein uns von der Psychiatrie unterscheidendes Merkmal. Dieser Zusammenhang lässt sich auf die weitgehend im letzten Jahrhundert von Freud bestimmte Entstehungsgeschichte des Feldes zurückführen. Was mit dem Werk über „Die Traumdeutung“ (Freud 1900) postuliert wurde, bei der die Lehre der Traumentstehung mit der Deutung des Traumes theoretisch verbunden sein sollte, - aber nicht mehr ist (Thomä & Kächele 2006a, Kap. 5) – fand seinen prägnanten Ausdruck in dem heute weithin in Vergessenheit geratenen fünf-bändigen „Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie“ von Frankl, Gebattel und Schultz (1962). Der gleiche innere Zusammenhang wird auch im ersten deutschsprachigen Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit dem Titel „Neurosen – Ursachen und Heilmethoden“ impliziert, das Eysenck und Rachmann 1967 im (ost-) Deutschen Verlag der Wissenschaften veröffentlichten.

Dann kam die Wende – nicht nur die politische, sondern auch eine fachpolitische. Nun schmückt das Epitheton Psychotherapie alle drei ärztlichen Gebiete und die akademische Klinische Psychologie hatte seit dem Erscheinen von Bastine´s et al (1982) „Grundbegriffe der Psychotherapie“ die Übernahme der Psychotherapie in das Fach geprobt. Alle sind sie nun Psychotherapeuten oder auch Psychotherapeuten? Vergessen sind die warnenden Worte von Karl Jaspers: „Wer sich in psychotherapeutische Behandlung begeben will, sollte wissen, was er tut und was er zu erwarten hat“ (1953).

¹ Vortrag auf dem DKPM Kongress Magdeburg März 2006

Was ist Psychotherapie? War es jemals ein eigenständiges Fach? so etwas wie Chirurgie ? – offenkundig ist dies nicht mehr der Fall; es ist nur noch eine Behandlungsform neben anderen, die dann - sit venio verbo - nicht nur in der Psychiatrie² im Namen aufgeführt zu werden verdient, sondern mit Fug und Recht auch in der Orthopädie oder Gynäkologie oder gar Dermatologie zum Gebietsnamen hinzugefügt werden könnte oder sollte? Gewiss eine Größenwahnsinnige Idee, doch spricht die Existenz einer blühenden Gesellschaft für psychosomatische Gynäkologie für dieses Argument. Und macht es Sinn eine psychosomatische Psycho-Therapieforschung zu kennzeichnen, die sich von einer z.B. psychiatrischen Psycho-Therapieforschung substantiell d.h. im methodischen Vorgehen unterscheidet?

Die Psychotherapie - Forschung hat in den fünfzig Jahren ihre Bestehens vieles erreicht. Es erscheint mir jedoch sinnvoll, eine Binnendifferenzierung vorzunehmen, die unterschiedliche Aufgaben für die Lösung offener Probleme kennt. Der Dialog zwischen Klinikern und Forschern muss die Verschiedenheit des Erkenntnisinteresses und die Verschiedenheit des Gegenstandsbereiches berücksichtigen.

Wir sehen die schwierige Aufgabe des Klinikers für den je einmaligen Patienten in der jeweiligen Situation eine angemessene Lösung zu finden, wohin gegen der Wissenschaftler den Gegenstand seiner Untersuchung von der konkreten Situation ablöst, ja ihn gerade aus ihr heraus präparieren muss, weshalb ich immer öfter vom Gegenstand der Forschung als einem Artefakt spreche. Wissenschaftler zeigen manchmal oder oft zu großes Vertrauen in die klinische Relevanz ihrer Befunde. Besonders problematisch wird es, wenn aus Forschungsbefunden präskriptive Empfehlungen für die klinische Tätigkeit abgeleitet werden, wie es im Rahmen der Evidenz-Basierten Medizin leider allzu oft vorfinden (s.d. Wichern 2005). Wir sind gut beraten, wenn wir die verschiedenen Geltungsbereiche der Diskurse sorgfältig prüfen.

² Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie führte in Band 7 der „Psychiatrie der Gegenwart“ 1988 noch nicht den Zusatz Psychotherapie (Kisker et al. 1988).

Forschungsprozesse entwickeln sich nicht linear, auch nicht einfach zirkulär, sondern der neugierige Geist der Forscher weht wo er will oder wohin die gesellschaftliche Anforderung ihn auf der Suche nach Forschungsmitteln jeweils hintreibt. Deshalb ist eine Darstellung der Forschungsentwicklung von einem rein historischen Gesichtspunkt aus nur eine Zeitlang sinnvoll.

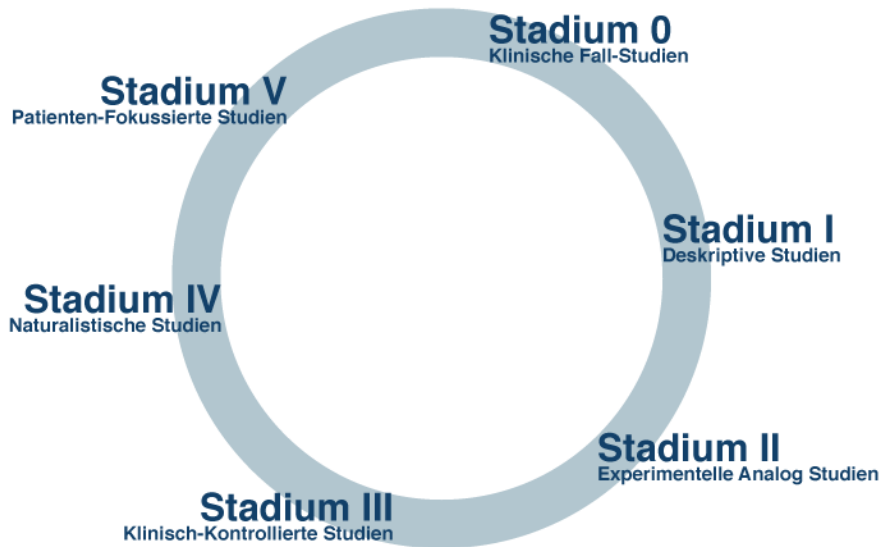
Rückblickend unterschied der britische Therapieforscher D. Shapiro 1990 drei Phasen der Therapieforschung, die wohl nacheinander einsetzten, aber durchaus an verschiedenen Orten gleichzeitig forschungsleitend waren (Shapiro 1990). Sie könnten wie Epochen der Kulturentwicklung betrachtet werden. Jede Phase habe in den verschiedenen Therapieschulen ihre Höhepunkte und Ausprägungen an verschiedenen Orten, nicht alle Forschungsaktivität zu einem Zeitpunkt lasse sich einer Phase zuordnen und doch kennzeichne eine Phase den in der scientific community vorherrschenden Geist.

Nach Shapiro begann die erste Phase in den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts; dominierte in den Jahren 1950 bis 1970 und war am Ergebnis zu Legitimationszwecken interessiert: Ihre typische Frage lautete: Nützt Psychotherapie überhaupt? Mit Bergin's erster umfassender kritischer Bewertung im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin 1971) hätte die an Eysenck's Phillippika von 1952 orientierte Diskussion ein Ende finden können. Hat sie aber nicht.

Die zweite Phase, dominierend von 1970 bis 1990, habe auf den Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis fokussiert: Ihre typische Frage lautete; was muss im Verlauf geschehen, dass am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann? Die dritte Phase habe die Konsequenzen aus der gesicherten Komplexität des Therapiesgeschehens gezogen und habe die Untersuchung der prozessualen Vorgänge intensiviert. Ihre leitende Frage lautete: „welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?“ (s.d. Kächele 1991) .

Unter einem anderen Gesichtspunkt, dem der Frage: welches Problem erfordert welche Forschungsmethodologie" ziehe ich es vor, statt von "Entwicklungs-Phasen" von "Stadien der Forschung" zu sprechen.

Sechs Stadien der Therapieforschung:



© ck • www.jcc-hamburg.com

Wie aus dem Schaubild ersichtlich, ordne ich die Stadien der Therapieforschung nicht nacheinander an, sondern empfehle eher für verschiedene Aufgaben verschiedene Methodologien der Forschung kritisch zu diskutieren.

Im Folgenden werde ich Kennzeichen und Merkmale der verschiedenen Stadien der Forschung beschreiben und diese durch Beispiele manchmal auch aus der eignen Forschungspraxis illustrieren.

Stadium 0 Klinische Fallstudien

Nicht nur in der Frühphase der Psychotherapie werden durch die Präsentation von behandelten Einzelfällen die Wirkmöglichkeiten (im Sinne von 'Es gibt erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungen!') von Psychotherapie demonstriert. Ein typisches Beispiel, das Dolf Meyer gerne zitierte, ist der Bericht über Anna O. von Freud und Breuer: "Anna O. kam mit Hydrophobie, Sprachstörungen, Kontrakturparesen, etc.: sie wurde behandelt und die Symptome schwanden." (Meyer 1994). Dieses Vorgehen ist für die Anfangsphase eines 'neuartigen' Therapieansatzes gut geeignet. Die Sammlung von Einzelfällen und ihre klinische Diskussion sind eine 'natürliche' und nützliche Basis für die Etablierung und Ausdifferenzierung des jeweiligen Verfahrens. Dieser Entwicklungsprozess ist nie

abgeschlossen. Daher behält die entdeckungs-orientierte Strategie der Kasuistik ihre Bedeutung; insbesondere wenn die wissenschaftliche Aufbereitung der Einzelfälle neue methodologische Entwicklungen einbezieht (z.B. Thomä u. Kächele 2006b).

Einige kritische Aspekte von Fallberichten, die nur allzu oft zutreffen, werden von Grünbaum (1988) wie folgendermaßen kritisiert:

- # Fallberichte sind bestenfalls Anekdoten, und leben von der Kunst der narrativen Überredung
- # Fallberichte sind keine archivarischen Berichte; sie erlauben keine Überprüfung durch Einsicht in Originaldokumente.
- # Fallberichte verkörpern eine Mischung von ästhetischen und klinischen Interessen und sind deshalb im besten Falle literarisch wertvoll.

Allerdings können wir mit Davison u. Lazarus (1994) die positiven Aspekte klinischer Fallstudien wertschätzen:

- # Fallberichte können Zweifel an einer allgemeinen Theorie aufwerfen.
- # Fallberichte können eine wertvolle Heuristik zur Initiierung einer kontrollierten Untersuchung liefern
- # Fallberichte erlauben die Untersuchung eines wichtigen, aber seltenen Phänomens
- # Fallberichte liefern die Gelegenheit bekannte Prinzipien in neuer Weise anzuwenden
- # Fallberichte können in manchen Fällen, die genügend Kontrolle erlauben, wissenschaftlich verwertbare Information liefern
- # Fallberichte können Fleisch für ein theoretisches Skelett liefern.

Story-Telling hat nach wie vor eine überwältigende Bedeutung für den inneren Zusammenhalt der jeweiligen "scientific community" (Stuhr 2004). Und gute Zeitschriften haben nach wie vor eine Kategorie: Behandlungsprobleme (z.B. im Psychotherapeut: Stingl et al. 2005) Manchmal entspringen Fallberichte der kreativen Phantasie des Referenten. Beispiele hierfür finden sich in der langen Geschichte der Psychotherapie immer wieder. So ist inzwischen bekannt, dass Kohuts konstitutiver Fallbericht für die neue Selbstpsychologie-Theorie, der Fall des Mr. Z., eine autobiographisch fundierte Kreation war (Strozier 2001). Die Entwicklung einer Kultur des Verfassens und kritischen Lesens von Fallberichten dürfte ebenso

eine lohnende Aufgabe der klinisch Tätigen sein wie auch die Definition klinisch begründeter Standards, denen Fallberichte idealiter folgen sollten³ (Tuckett 1994).

Stadium I Deskriptive Studien

Die Legitimationsfunktion der Therapieforschung führte vorschuell zu einer Verengung der Aufgabenstellung. Eine deskriptive, botanisierende Forschung, wie Grawe (1988) dies nannte, hat sich erst spät entwickelt. Inzwischen haben wir sehr differenzierte qualitative und quantitative Beschreibungswelten vorliegen. Angelehnt an die reichhaltigen Befunde der psychotherapeutische deskriptiven Forschung, wie sie in den einschlägigen Kapitel in den Handbüchern der Psychotherapieforschung (z.B. Lambert 2003) dargestellt ist, wurde in der internistischen Psychosomatik die z.B. die Visite als Ort psychosomatischer Intervention entdeckt.

Diese in Ulm im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 129 durchgeführte Visitenforschung von Köhle und Mitarbeitern (Köhle u. Raspe 1982; Bliesener u. Köhle 1986). war ein bedeutsamer Beitrag zur Entdeckung von Gesprächswelten, die ubiquitär in der Medizin und doch relativ vernachlässigt sind. Ob es das therapeutische Gespräch mit Krebskranken (Bräutigam u. Meerwein 1985) oder das prä-operative Aufklärungsgespräch ist, alle diese Handlungssituationen verdienen vermehrte wissenschaftliche Aufmerksamkeit. Warum die „Psychoanalyse als Gespräch“ (Flader et al. 1982) aufgearbeitet wird, aber kaum Gespräche von Psychiatern, Chirurgen, Orthopäden textanalytisch analysiert wurden, ist mir ein Rätsel.

Sprechende Medizin – und dieses Shibboleth trägt die psychosomatische Medizin - müsste Gesprächsforschung intensiv heranziehen. Krankheit verstehen durch „Sprache in Krankheitsdarstellungen“, wie Brünner u. Gülich (2002) erfolgreich aufzeigen, müsste vermehrt als Chance und Aufgabe begriffen werden. Mittels diskursanalytischer und konversationsanalytischer Verfahren lassen sich nämlich detailgenau die nonverbalen und verbalen Mikroprozesse der Interaktionsregulierung herausarbeiten (Mishler 1984; Streeck 2004).

Um noch ein weiteres Feld möglicher deskriptiver Forschung nenne ich, ethnographische

³ Unseren Versuch, eine Systematisierung der Berichtens zu erzielen, kann am Beispiel der Patientin Amalie X en detail im dritten Band des Ulmer Lehrbuches nachgelesen werden (Thomä & Kächele 2006, Kap. 4).

Feldstudien, die das stationäre oder teil-stationäre Biotop kartographieren (Kächele u. Hölzer 1998). Dort verschränken sich nämlich therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen auf recht verschlungene Weise.

Stadium II experimentelle Analog-Studien

Wohl dem, der einen Modellorganismus zur Hand hat, wie K. Braun (2000, 2002) am Beispiel ihrer beeindruckenden Untersuchungen an der chilenischen Strauchratte gezeigt hat. Es stellt sich die Frage, ob wir ein zur Therapiesituation hinreichend analoges Modell überhaupt zur Verfügung haben, um diese Stadium der Therapieforschung einlösen zu können?

In der ersten Auflage "Handbuches" von Bergin & Garfield (1971) befand sich ein Kapitel mit dem Titel "Laboratory interview research as analogue to treatment" by Heller (1971) das bereits in den nachfolgenden Auflage ohne weitere Erklärung fehlte. Sind z.B. die experimentellen Untersuchungen von Hans Strupp (1960; 1962) zur Arbeitsweise von Therapeuten in einer simulierten Behandlungssituation ökologisch hinreichend valide, damit wir aus den Schlussfolgerungen praktische Konsequenzen ziehen können?

Warum wurde eine frühe experimentelle Studie, die ein frischgebackener Doktor der Psychologie durchführte, nie bei vielfältig repliziert oder gar variiert? Als Postdoc arbeitete Lester Luborsky mit Raymond Cattell im Jahre 1946 an der University of Illinois. Sie untersuchten einen jungen Mann, der trotz einer vorangegangenen Magen-Operation weiterhin an heftigen Magenschmerzen litt. Luborsky behandelte ihn in einem zwölfwöchigen Therapieexperiment mit fünf Sitzungen pro Woche plus jeweils einer anschließenden psychometrischen Testung. Cattell und Luborsky (1950) entwickelten aus diesem Test-Material die Anwendung der Faktorenanalyse auf einen Einzelfall, die sog. P-Technik. Luborskys Behandlungstechnik fokussierte auf den Zusammenhang von Situationen und Schmerzen, woraus später die Symptom-Kontext-Forschungs-Methode entstehen sollte; diese wurde 1953 in dem Buch von Mowrer, dem ersten Übersichtswerk über Psychotherapieforschung, veröffentlicht (Luborsky 1953; s.a. Luborsky 1996). Die Symptom-Kontext Methode fand ihrer erste deutschsprachige Anwendung wohl in Ulm, als

Rolf Adler mit Mitarbeitern 1976 gezielt Kontexte von Blutdruckschwankungen analysierten. Als weiteres Beispiel einer experimentellen Therapieforschung führe ich die Ulmer Studie zur Freien Assoziation auf: mit drei Ulmer Doktoranden replizierten und verfeinerten wir methodisch eine Studie von Bordin (1960) (Hölzer et al. 1988). Wir konnten zeigen, dass auch in einer experimentellen Anordnung mit studentischen Probanden durchaus klinisch relevante Sachverhalten angenähert und klinisch signifikante Ergebnisse generiert werden können. Eine Kultur des experimentellen Erprobens von Behandlungsstrategien müsste vermehrt eine Aufgabe des Faches sein. Hierbei denke ich z.B. an die Erprobung von Kombinationen verbaler und nonverbaler Verfahren mit sub-klinischen Populationen. Was im stationären Setting gang und gäbe ist, im ambulanten Setting aufgrund der kassentechnischen Randbedingungen derzeit nicht möglich, könnte Gegenstand solch prä-klinischen Experimentierens sein.

Stadium III Randomisierte – Klinische Prüfung (RCT)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat für die Anerkennung der Wirksamkeit eines Verfahrens eine Reihe von Kriterien festgelegt: theoretische Fundierung und grundlagenwissenschaftliche Vorarbeiten sind gewiss bedeutsam. Als entscheidend für die Identifizierung der Wirksamkeit eines therapeutischen Verfahrens wurde das Modell der randomisierten, kontrollierten klinischen Studie, der sog. Gold-Standard der Therapieforschung, festgeschrieben. Die Wirksamkeit eines Verfahrens ist an hoch selektierten, möglichst störungs-homogenen Gruppen zu bestimmen, die in der Regel nur in rel. kurzen Zeiträumen von manual-geschulten Therapeuten behandelt werden. Diese Bestimmung der Wirksamkeit für abgegrenzte Störungsbereiche durch einen experimentellen Forschungsansatz führte zu vielfältigen kontroversen Diskussionen (Strauß u. Kächele 1998). Neu und positiv zu werten ist das Bemühen, die experimentell isolierbare Wirkung einer Methode zu bestimmen, wobei Wirkung nur im Vergleich zu einer Nicht-Einwirkung eines Spezifikums definiert wird, und nur eine statistische Signifikanz des Unterschiedes gefordert wird.

störungs-homogene Population

- # Zufallszuteilung
- # Manualisierung der Therapie und Sicherung der Therapietreue
- # Kontrollgruppe
- # feste Behandlungsdauer
- # klare Zielgrößen u, anerkannte Messmethodik

- # *statistische Signifikanz - nicht klinische Signifikanz*
- # *kurze Interventionsdauer*
- # *klinisch nicht repräsentative Klientel*

Revenstorf (2005) im Konzert mit vielen anderen Kritikern vergleicht dieses pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung einem „Kuckucksei. Nur wer ist der Kuckuck? Ist es die an der „drug metaphor“ (Shapiro et al. 1994) der Pharmaforschung ausgerichtete Methodik (oder ist es nicht vielmehr die zeitgenössische Förderung nach Evidenzbasierung, die nun auch die Psychotherapie erreicht hat? Es gibt Stimmen⁴, dass das pharmakologische Modell in der Psychotherapie inzwischen oft strenger und rigider angewandt wird als in der Pharma-Forschung selbst. Könnte es sein, dass wir versuchen „päpstlicher als der Papst“ zu sein?

Mal abgesehen davon, dass der Forschungsaufwand, der entstehen würde, sollte dieses Modell für jede eng definierte Störung gefordert werden – was bislang nicht der Fall ist, da nur Störungsbereiche evaluiert werden, trifft das zugrunde liegende Indikationsmodell kaum die klinische Situation (s.d. Kächele u. Kordy 2003). Für diese Art Forschung wird (muss!) das Modell der realen Welt radikal vereinfacht werden, wie es in den manualisierten Therapien geschieht (Seligman 1995⁵). Soll dann die reale Welt an dieses vereinfachte Therapiemodell angepasst werden, da nur für diese vereinfachten Bedingungen die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wurde? Ist dieser Umkehrschluß gewünscht? Oder sollte nicht doch gefordert werden, dass die im Laborversuch gewonnenen Erkenntnisse dann in einem Feldversuch (Phase IV) geprüft werden müssen. Was also ist die Chance

⁴ Mündl. Mitteilung H. Kordy 2006

⁵ Jeder Hinweis auf diese Arbeit von Seligman sollte mit dem weiteren Hinweis versehen werden, dass der gleiche Autor noch ein Jahr zuvor ein Buch mit dem vielversprechenden Titel „What you can change and what you can't“ veröffentlicht hatte, das seine Empfehlungen ausschließlich auf RCT-Studien basiert hatte (Seligman 1994). Über die Gründe dieses Sinneswandels wissen die Insider der American Psychological Association mehr zu sagen.

dieser herkulische Aufgabe, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie dem Feld der Psycho-Fächer zugemutet hat?

Bevor das Wehgeschrei zu laut wird, lohnt es, sich im Felde umzuschauen. Eine neuere Übersicht von dem Herausgeber der renommierten Journals „Psychotherapy and Psychosomatics“ bilanziert folgende somatische Krankheiten, die mit stressvollen Lebensereignissen in kontrollierten Studien assoziiert sind:

Asthma
Diabetes
Schilddrüsen-Überfunktion
Hypothalamische Amenorrhoe
Chronisch entzündliche Darmkrankheit
Funktionelle gastrointestinale Störungen
Herzinfarkt
Funktionelle KHK
Autoimmun-Erkrankungen
Psoriasis, Alopecia areata & Urticaria
Chronische Kopfschmerzen
Magengeschwür

Damit nicht genug; eine nachfolgende Übersicht gibt Auskunft darüber, dass praktisch für alle genannten Erkrankungen, Kurzpsychotherapie in kontrollierten Therapiestudien als wirksam demonstriert wurde:

Chronischer Schmerz
Chronic fatigue syndrome
KHK
Bluthochdruck
Diabetes
Asthma
Epilepsie
Fettsucht
Magengeschwür
Irritable bowel syndrome
Entzündliche Darmerkrankungen
Arthritis
Prä-operative Vorbereitung

Diese Arbeit von Fava u. Sonino (2000) belegt zumindest eines: Stressvolle Lebensereignisse sind psychosomatisch relevant und sie sind – im Prinzip - psychosomatisch erfolgreich behandelbar.

Das ist eine gute Nachricht, und zeigt, dass eine Chance der Phase III-Studienwelt darin besteht, eine Akzeptanz bei den Ungläubigen – sofern es diese noch immer gibt und geben wird – zu erreichen. Man könnte spottend sagen, dass wir damit wieder in die doch längst überwundene Phase der Legitimationsforschung zurückgefallen sind. Dem lässt sich entgegen halten, dass heute nicht Psychotherapie und psychosomatische Intervention als Ganzes zur Diskussion stehen, sondern dass es sich um eine Erweiterung und Vertiefung der früher gewonnen Legitimationsbasis handelt und dass für die Psychosomatik solche Befunde hoch relevant sind. Denn nicht alle Verfahren, die in vollmundigen Lehrbüchern ihre Leistungen anpreisen, können diese Versprechen auch in kontrollierten klinischen Studien belegen. Die Arbeit im Wissenschaftlichen Beitrag ist in dieser Hinsicht höchst lehrreich. Auch wenn die Kriterien des WBP keineswegs methodische Höchstleistungen verlangen, wie Heekerens (2005) mit Recht anmerkt, so sorgen die nicht wenigen ablehnenden oder erheblich einschränkenden Stellungnahmen (z.B. zur Familientherapie, zum Psychodrama, zur Hypnotherapie, zum Teil zur Gesprächstherapie) für je nach eigener Position angenehme oder unangenehme Überraschungen.

Am Beispiel der deutsche M. Crohn Studie (Jantschek 1998) - einer multizentrischen Studie - gibt es gerade aus klinischer Perspektive sehr wohl einiges zu lernen: Es zeigten sich zur Enttäuschung mancher keine Auswirkungen auf den somatischen Verlauf des M. Crohn, wohl aber auf die seelische Verarbeitung dieser chronischen Erkrankung. Die Patienten der Therapiegruppe berichten mehr Veränderungen als die der Kontrollgruppe. Diese Veränderungen beziehen sich vorwiegend auf psychische Faktoren wie bessere seelische Befindlichkeit, besserer Umgang mit Konflikten und Spannungen, bessere Beziehungen zu anderen sowie bessere Entspannungsfähigkeit (Wietersheim et al. 2000). Wenn man sich an der Strotzka'schen Definition⁶ von Psychotherapie orientiert, so ist die Besserung des Leidenszustandes unabhängig vom Verhalten als ebenbürtig wertzuschätzen.

⁶ Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln meist verbalen, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung

Typisch für den Zusammenhang von experimenteller Therapieforschung und Klinik ist jedoch nach wie vor folgende Aussage:

„Aus der Übersicht zur Therapieforschung ergeben sich insgesamt noch wenige konkrete Handlungskonsequenzen. Dies hat u.a. auch damit zu tun, dass die in der klinischen Realität dominierenden Überlappungen zwischen somatoformen, depressiven und Angststörungen sowie der Einfluss der Erklärungsmodelle und des Krankheitsverhaltens in der Therapieforschung nicht ausreichend berücksichtigt wurden; stattdessen wurden bislang überwiegend durch Ausschlusskriterien künstlich geschaffene „reine“ Störungsgruppen untersucht (Guthrie 2000; Henningsen u. Rudolf 2000)“

Soweit der Originalton von Rudolf u. Henningsen (2003), dem nun nur hinzufügen wäre: und wie geht es weiter.

Entscheidend für das weitere Vorgehen dürfte die Einsicht sein, schreiben Leichsenring u. Rüger (2004), dass RCTs nicht das Nonplusultra der Psychotherapieforschung sind. Vielmehr werde eine Kombination von naturalistischen und kontrollierten Studien als notwendig erachtet.

Stadium IV Anwendungs-Beobachtungs Studien - Feldstudien

Begonnen hatte dieses Stadium in der BRD mit der ersten kontrollierten Studie, die A. Dührssen mit Hilfe von AOK-Unterlagen durchführte und 1965 publizierte (Dührssen 1962; Dührssen u. Jorswieck 1965). Kontrolliert wurde in dieser Studie allerdings nicht die Behandlung, sondern es konnte nur retrospektiv eine unbehandelte Gruppe als Kontrolle herangezogen werden.

Die Untersuchung kleiner oder nur mittelgroßer anfallender Patienten-Kollektive unter klinischen Bedingungen dürfte wohl das Merkmal der meisten evaluativen Studien in unserem Gebiet sein. Mit Sicherheit trifft dies für die psychodynamischen Therapiestudien zu (Fonagy et al. 1999); allerdings sucht man für behaviorale ambulante Behandlungen solche naturalistischen Studien (fast) vergebens. Diese stammen fast immer aus Rehabilitationseinrichtungen (Zielke 1999). Umso verdienstvoller ist die vergleichende Studie von Brockmann et al. (2001), die ambulante psychoanalytische Langzeitbehandlung vergleichend evaluiert haben.

und /oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen and pathologischen Verhaltens (Strotzka 1975, S. 4)

Allerdings sollte man sich der Kritik aussetzen, dass ein Grossteil dieser Praxis-Evaluationstudien doch recht kleine Populationen untersuchen, deren Entstehung zudem als anfallende Stichproben kaum Rückschlüsse auf das Feld zulässt (z.B. Rad et al 1998). Eine feld-angemessene Studie ist ein in Planung, Durchführung und Auswertung rel. umfangreiches, zeitraubendes und personell anspruchsvolles Unternehmen. Die von einer bundesdeutschen Autorengruppe durchgeführte Großforschungsstudie MZ-ESS erstreckte sich über einen Zeitraum von fast zehn Jahren (Kächele für die Studiengruppe MZ-ESS 1999). Folgendes kennzeichnet die Studie:

- a) Design: es handelt sich um prospektive longitudinale Beobachtungsstudie; Beobachtungsdauer von Beginn der Behandlung bis 2,5 Jahre nach Beginn.
- b) Stichprobe: 1.171 Patientinnen mit Anorexie bzw. Bulimie bzw. Doppeldiagnosen aus bundesweit 43 Kliniken
- c) Behandlung: Durchgeführt wird eine multi-modale psychodynamische stationäre Psychotherapie
- d) Meßinstrumente: Die Symptomatik wird mit SCL-90 und störungs-spezifisch mit EDI erfasst; die Persönlichkeit wird dem FPI und Narzissmus-Inventar, Soziale Anpassung mit den Morgan-Russell Skalen erfasst.
- e) Untersuchungszeitpunkte: Beginn / Ende, 1 Jahr, 2,5 Jahre und monatliche Erhebungen während der Behandlung
- f) Fragestellungen: a) welche Faktoren bestimmen die Wahl der Dauer und Intensität der Psychotherapie und b) ob und wie letzte ev. in Interaktion mit anderen Faktoren die Effektivität bestimmen
- g) Zur 2.5 Jahresuntersuchung zeigte sich für etwa ein Drittel der AN und etwa ein Viertel der BN eine klinisch relevante, weitgehende Symptombefreiheit (AN 36%; AN & BN 26%; BN 36%).

Die Behandlungen variierten beträchtlich zwischen und innerhalb der Kliniken, wobei die Schwere bzw. die Dauer der Erkrankungen sowie andere Patientenmerkmale nur eine geringe Rolle spielen. Der Einfluss von Dauer und Intensität auf die Ergebnisse war schwach und meist nur in Interaktion mit weiteren Patienten- bzw.

Krankheitsfaktoren zu erkennen: Zum Beispiel ergab sich für die Anorexia nervosa Patientinnen eine Interaktion von Erkrankungsdauer / Behandlungsdauer; für die Bulimie-Patientinnen eine Interaktion von Alter und sozio-ökonomischer Status.

Ein Fazit der Studie ist: Unter den Rahmenbedingungen der deutschen Gesundheitsversorgung sollte man sich auf eine Behandlung von acht bis zwölf Wochen einstellen. Die individuelle Anpassung wird dabei die persönlichen

Umstände des Einzelfalles sowie die lokalen Bedingungen in den Kliniken mit einbeziehen (Kächele & TR-EAT, 2001).

Solche Studien können als Belege gelten, dass es auch für naturalistische Studien einen Gold-Standard geben kann, wie ihn z.B. Shaddish (1997) ausformuliert hat (s.a. Leichsenring Rüger 2004).

Stadium V Patienten-orientierte Studien

Dieses Fazit der Multi-Center Studie bestätigt dem Kliniker, dass er seinen persönlichen Entscheidungsspielraum ernst nehmen muss. Ausnahmen sind in der klinischen Tätigkeit die Regel und Variabilität ist Trumpf.

Am Beispiel des Beschwerdeverlaufs der Stuttgarter TRANS-OP Studie (Puschner et al. 2006) lässt sich zeigen, dass die sehr große Variabilität des GSI des SCL-90 im Behandlungsverlauf sich zwar durch ein hierarchisch-lineares Modell zusammenfassend darstellen lässt, dass aber für den einzelnen Patienten eine Vielzahl von jeweiligen Randbedingungen konstitutiv für den Behandlungsverlauf sein dürften.

Wie also lassen sich Patienten-orientierte Studien konzipieren, wie können über Populationen gewonnene Forschungsergebnisse für Einzelfälle genutzt werden? Studien, die - ausgehend von den Notwendigkeiten eines optimierenden Qualitätsmanagements - untersuchen, mit welchen Merkmalen der Verlauf der Behandlung eines individuellen Patienten modelliert werden kann, stellen eine relativ neue Aufgabe dar. Das Ziel dieser Bemühungen ist es u.a., rechtzeitig empirisch gestützte Vorschläge zur ev. Korrektur von Behandlungsstrategien in Qualitätszirkel einbringen zu können (Kordy u. Hannover 1998; Kordy u. Puschner 2000). Am Datensatz der MZ-ESS belegte Richard (2000) die durchaus realistische Chance, solche Indikatoren frühzeitig zu identifizieren.

Die Nutzung neuer technologischer Entwicklungen ermöglichte Kordy (Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart-Heidelberg) zur Unterstützung von kontinuierlichem Ergebnismonitoring in der Psychotherapie das internet-gestützte Qualitätsmanagement-System Web-AKQUASI zu realisieren. Dieses erlaubt durch

wiederholte Verlaufsbeobachtungen therapeutische Prozesse am einzelnen Fall zu bewerten.

Ob diese verlaufsbegleitenden Ansätze das bestehende Gutachterverfahren ablösen können und sollen, ist derzeit (heftig) umstritten (Rudolf et al. 2002). Die von Holt (1958) vor 50 Jahren aufgeworfene Kontroverse zwischen klinischer und statistischer Vorhersage wird uns noch eine Weile begleiten. Wichtig ist jedoch, die Beziehung zwischen kontrollierten und naturalistischen Studien eher als ein wechselseitiges, denn als ein gerichtetes Vorgehen zu konzipieren. Dabei bleibt richtig, dass man die Wirksamkeit einer Behandlung nicht wieder und wieder nachweisen muss, es sei denn es werden substantielle Veränderungen der Vorgehensweise etablieren, die dann wieder den Prüfkreisen in Gang setzen sollten. Es gilt nachzuweisen, dass das, was erreichbar ist, auch erreicht wird (Qualitätssicherung). Eine breit angelegte Versorgungsforschung zielt darauf Versorgungslücken zu identifizieren und diese zu schließen. In diesem Sinne haben wir davon gesprochen, dass Ergebnisforschung eine „endlose Geschichte“ ist (Kordy & Kächele 2003).

Mein Versuch in dieser Arbeit ist es, mit diesem „Stadien der Forschung“ differenzierenden Ansatz vielfältige Brücken zwischen empirischer Forschung und klinischer Erfahrung zu bauen. Dabei bleibt ein Grundkonflikt bestehen: Die Aufgabe der systematischen Empirie besteht in der Herstellung von vereinfachenden Bedingungen, um bestimmte umgrenzte Fragen zu klären. Deshalb habe ich eingangs von Artefakten gesprochen, die ein Wissenschaftler herstellen muss. Klinische Entscheidungen können nicht von vielfältigen Randbedingungen des Patienten, des Therapeuten und der sozialen Situation abstrahieren. Deshalb muß nach Bowlby (1982) der Kliniker jeweils situativ seine Überzeugtheit maximieren um handeln zu können; dem Forscher obliegt es, genau dies nicht zu tun. Er muss mit Fonagy et al (2005) eine wissenschaftliche Haltung einnehmen, die den Wert der Replikation von Beobachtungen schätzt anstatt ihre Einzigartigkeit zu suchen“. In der Diskussion zwischen Kliniker und Forscher geht es irgendwann um die Frage, wer die Definitionshoheit bekommt (Kordy, mündl., Mitteilung). M.E. kann objektive Evidenz subjektive Evidenz des beteiligten Klinikers nicht ersetzen; aber sie kann die Grenzen der subjektiven Evidenz markieren, und somit dem klinischen Handeln

einen genaueren Spielraum eröffnen. Deshalb spricht selbst die Evidenz-basierte Medizin vom Zusammenspiel beider Formen des Wissens (Kächele & Porzolt 2000). Das Wissen um das angemessene Zusammenwirken von Klinik und Forschung stellt die herausragende Aufgabe dar. Handlungs- und Erfahrungswissen, Polanys für Kliniker relevante Konzept des „personal knowledge“ (1958) ist nach wie vor relevant; es darf und muss auch Hinweise für ungeklärte Sachverhalte ermöglichen, die dann in wissenschaftlich-formalisierten Verfahren aufgeklärt werden können. Diese Transfer-Aufgabe stellt eine grosse Chance für eine psychosomatische klinisch relevante Forschung dar. Für den klinisch Tätigen gilt es, Forschungsbefunde kritisch zu sichten, persönlich brauchbare Nutzenwendungen zu identifizieren, und bereichert den Raum wissenschaftlicher Artefakte zu verlassen, um sich seiner lebendigen klinischen Tätigkeit zu zuwenden.

Literatur:

- Adler R, Hermann J, Schäfer N, Schmidt T, Schonecke O, Uexküll T (1976) A context study of psychological conditions prior to shifts in blood pressure. *Psychosomatics and Psychotherapy* 27: 198-204
- Bastine R, Fiedler P, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hrsg) (1982) *Grundbegriffe der Psychotherapie*. edition psychologie, Weinheim
- Bliesener T, Köhle K (1986) *Die ärztliche Visite - Chance zum Gespräch*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Bowlby J (1982) Psychoanalyse als Kunst und Wissenschaft. In: Bowlby J (Hrsg) *Das Glück und die Trauer*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 197-217
- Braun K, Bogerts B (2000) Einfluss frühkindlicher Erfahrungs- und Lernprozesse auf die funktionelle Reifung des Gehirns. *Psychother Psychol Med* 50: 420-427
- Braun A, Bock J, Gruss M, Helmeke C, Ovtscharoff W, Schnabel R, Ziabreva I, Poeggel G (2002) Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden - Ergebnisse*. Schattauer, Stuttgart, New York, S 121-128
- Bräutigam W, Meerwein F (1985) *Das therapeutische Gespräch mit Krebskranken*. Verlag Hans Huber, Bern
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2001) Die Frankfurt Hamburger Langzeit Psychotherapie Studie - Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-Psychotherapien in der Praxis niedergelassener Therapeuten. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) *Langzeit-Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart, S 271-276
- Brünner E, Gülich E (2002) *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Aisthesis Verlag, Bielefeld

- Cattell R, Luborsky L (1950) P-technique demonstrated as a new clinical method for determining personality structure. *Journal of General Psychology* 42: 3-24
- Davison GC, Lazarus AA (1994) Clinical innovation and evaluation. *Clin Psychol Clinical Psychology: Science and Practice* 1 157-167
- Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 8: 94-113
- Dührssen AM, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36 166-169
- Eysenck HJ, Rachman S (1967) Neurosen. Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin
- Fava & Sonino (2000) Psychosomatic Medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics* 69: 184-197
- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Fonagy P, Kächele H, Krause R, Jones E, Perron R (1999) An open door review of outcome studies in psychoanalysis. IPA: <http://www.ipa.org.uk>, London
- Frankl VE, Gebattel VFv, Schultz JH (Hrsg) (1959) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München
- Freud S (1900) Die Traumdeutung. *GW II - III*
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 17 4-5
- Heekerens HP (2005) Vom Labor ins Feld. *Psychotherapeut* 50: 357-365
- Heller K (1971) Laboratory interview research as an analogue to treatment. In: AE B, Garfield S (Hrsg) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley & Sons, New York, S 126-153
- Hölzer M, Heckmann H, Robben H, Kächele H (1988) Die freie Assoziation als Funktion der Habituellen Ängstlichkeit und anderer Variablen. *Zsch Klin Psychol* 17: 148-161
- Holt RR (1958) Clinical and statistical prediction. *J Abnorm Soc Psychol* 56: 1-12
- Jantschek (1998) German Multicenter study on psychodynamic interventions in Crohn disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 33: 1289-1296
- Jaspers K (1955) *Wesen und Kritik der Psychotherapie*. Pieper & Co Verlag, München
- Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930 - 1990. *Psyche* 46: 259-285
- Kächele H, Ehlers W, Hölzer M (1991) Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. In: Schneider F, Bartels M, Foerster K, Gaertner H (Hrsg) *Perspektiven der Psychiatrie. Forschung-Diagnostik-Therapie*. Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York, S 129-142
- Kächele H, Hölzer M (1998) Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie. In: Vandieken R, Häckel E, Mattke D (Hrsg) *Was tut sich in der stationären Psychotherapie*. Psychosozial Verlag., Giessen, S. 175-187
- Kächele H für die MZ-ESS (1999) Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen: Studiendesign und erste Ergebnisse. *Psychotherap, Psychol, Med* 49: 100-108
- Kächele H, Kordy H, Richard M & TR-EAT(2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychotherapy Research* 11: 239-257

- Kächele H, Kordy H (2003) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll Tv, Wesiack W (Hrsg) Psychosomatische Medizin Modelle ärztlichen Denkens und Handelns 6 Aufl. Urban & Fischer, München, Jena, S 425-436
- Kächele H, Porzsolt F (2000) Editorial: Ethik und/oder evidenzbasierte Psychotherapie - eine Herausforderung. Psychother Psychol Med 50: 37
- Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgren E (Hrsg) (1988) Psychiatrie der Gegenwart 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, Berlin
- Köhle K, Raspe HH (Hrsg) (1982) Das Gespräch während der Visite. Empirische Untersuchungen. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Kordy H, Hannover W (1998) Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individualisierter Behandlungsziele. In: Ambühl H, Strauss B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, S 75-90
- Kordy H, Kächele H (2003) Ergebnisforschung. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T von, Wesiack W (Hrsg) Psychosomatische Medizin Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Urban & Fischer, München, Jena, S 555-564
- Kordy H, Puschner B (2000) Aktive ergebnis-orientierte Qualitätssicherung als Mittel zur Optimierung psychotherapeutischer Versorgung. In: Freyberger H, Heuft B, Ziegenhagen (Hrsg) Ambulante Psychotherapie Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. Schattauer, Stuttgart
- Lambert MJ (Hrsg) (2003) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York Chichester Brisbane
- Leichsenring F, Rüter U (2004) Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? Zsch Psychosom Med Psychother 50: 203-217
- Luborsky L (1953) Intraindividual repetitive measurements (P-technique) in understanding psychotherapeutic change. In: Mowrer OH (Hrsg) Psychotherapy - Theory and Research. Ronald Press, New York, S 389-413
- Luborsky L (1996) The context for stomach ulcer pain. In: Luborsky L (Ed) The symptom-context method. Am Psychol. Ass, Washington, DC, S 177-199
- Meyer AE (1994) Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-darstellung -Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. Z Psychosom Med Psychoanal 40 77-98
- Mishler EG (1984) The discourse of medicine. Ablex Publishing Corporation, Norwood, NJ
- Orlinsky D, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. J Integrative Eclectic Psychother 6 6-27
- Polanyi M (1958) Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy. Routledge & Kegan Paul, London
- Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2006) Course of Improvement during two years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. Psychology and Psychotherapy , in press
- Rad M von, Senf W, Bräutigam W (1998) Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. Psychother Psychol Med 48: 88-100
- Revenstorf D (2005) Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. PsychotherapeutenJournal
- Richard M (2000) Die Konzeptualisierung und Validierung von Therapie-Response und

- seine Bedeutung für die Behandlungsplanung in einem verlaufsorientierten Qualitätsmanagement. Dissertation Universität Heidelberg
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G, Henningsen P (2003) Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Zsch Psychosom Med Psychother* 49: 3-19
- Rudolf G, Jakobson T, Hohage R, Schlösser A (2002) Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachten auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. *Psychotherapeut* 47: 249-253
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50: 965-974
- Seligman MEP (1994) What you can change and what you can't. A.A. Knopf, New York
- Shadish W, Matt G, Navarro AM et al. (1997) Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *J Consul Clin Psychol* 65: 355-365
- Shapiro D (1990) Lessons in history: three generations of therapy research. Paper. SPR Conference Wintergreen /USA
- Shapiro DA, Harper H, Startup M, Reynolds S, Bird D, Suokas A (1994) The high-watermark of the drug metaphor: A meta-analytic critique of process-outcome research. In: Russel RL (Hrsg) Reassessing psychotherapy research. Guilford, New York, S 1-35
- Stingl M, Leweke F, Jurkat H, Milch W (2005) "Glauben Sie an Flüche?" Religiöse Überzeugungen als Probleme im Kontext von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50: 354-356
- Strauß B, Kächele H (1998) Writing on the wall: Efficacy and efficiency and the concept of empirically validated treatments. *Psychotherapy Research* 8: 158-170
- Streeck U (2004) Auf den ersten Blick - Psychoanalyse und conversational analysis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strozier CB (2001) Heinz Kohut. The making of a psychoanalyst. Farrar, Strauss and Giroux, New York
- Strupp HH (1960) Psychotherapists in Action: Explorations of the Therapist's Contribution to the Treatment Process. Grune & Stratton, New York
- Strupp HH (1962) The therapist's contribution to the treatment process: Beginnings and vagaries of a research program. In: Strupp HH, Luborsky L (Hrsg) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC, S 25-40
- Stuhr U (2004) Klinische Fallstudien. In: Hau S, Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Psychoanalytische Therapie Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie *Forum der Psychoanalyse* 20: 13-125, S 63-66
- Thomä H, Kächele H (2006a) Psychoanalytische Therapie Band 1 Theorie Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie Band 3 Forschung Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Tuckett D (1994) The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 75: 865-870
- Wichert P von (2005) Evidenzbasierte Medizin. Begriff entideologisieren. *Deutsches Ärzteblatt* 102: 1242-1243
- Wietersheim J et al. (2000) Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Massnahmen bei Morbus Crohn. *Psychother Psychol Med* 50: 1-8
- Wietersheim J von, Kordy H, Kächele H (2003) Stationäre psychodynamische

Magdeburg DKPM 2006

Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen. Schattauer, Stuttgart, S 3-15

Zielke M (1999) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlagsunion-Beltz, Weinheim