

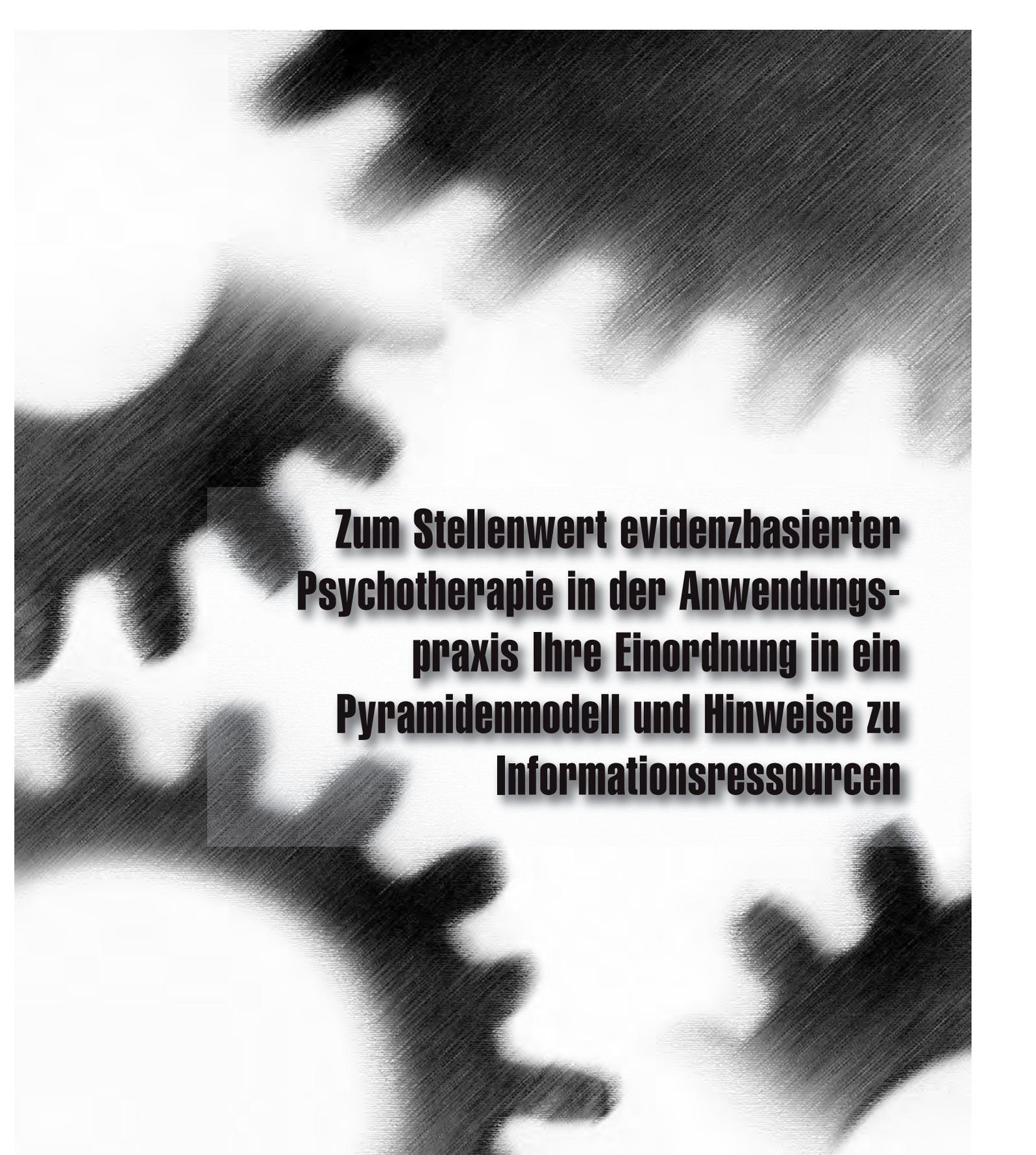
**Zum Stellenwert evidenzbasierter  
Psychotherapie in der Anwendungs-  
praxis Ihre Einordnung in ein  
Pyramidenmodell und Hinweise zu  
Informationsressourcen**

**Günter Krampen**

# **Zum Stellenwert evidenzbasierter Psychotherapie in der Anwendungs- praxis Ihre Einordnung in ein Pyramidenmodell und Hinweise zu Informationsressourcen**

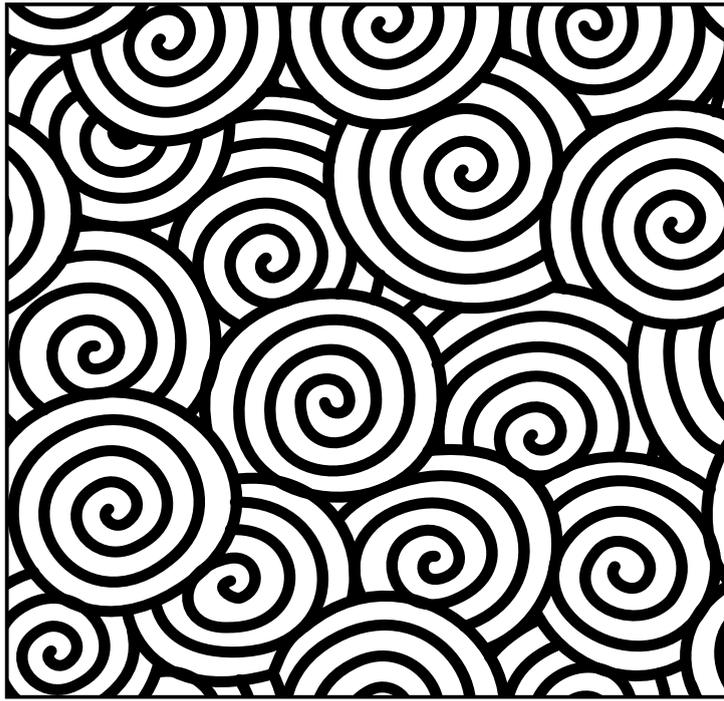


**Günter Krampen**



**Zum Stellenwert evidenzbasierter  
Psychotherapie in der Anwendungs-  
praxis Ihre Einordnung in ein  
Pyramidenmodell und Hinweise zu  
Informationsressourcen**

**Günter Krampen**



# **Zum Stellenwert evidenzbasierter Psychotherapie in der Anwendungs- praxis Ihre Einordnung in ein Pyramidenmodell und Hinweise zu Informationsressourcen**

**Günter Krampen**

## Einleitung

Die einfache Übertragung des auf dem pharmakologischen Prüfphasen-Modell basierenden Konzepts der evidenzbasierten Medizin auf Effektivitätsbeurteilungen von Psychotherapien ist umstritten. Der Stellenwert einer evidenzbasierten Psychotherapie für die psychotherapeutische Anwendungspraxis kann aber anhand eines Pyramidenmodells geklärt und dabei relativiert werden. In diesem Modell ist das Wissen über die empirische Befundlage zwar die Grundlage des konkreten psychotherapeutischen Handelns, zugleich aber am weitesten von ihm entfernt, da es für erfolgreiche Psychotherapie zwar eine notwendige, aber keinesfalls eine hinreichende Bedingung ist. Für diese erste Pyramidenebene wird ein um zwei Phasen erweitertes Prüfphasen-Modell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung vorgestellt. Hinweise zur effizienten Recherche spezifischer Fachinformationen dazu und zu Therapieressourcen (Behandlungsleitlinien und -Manuale sowie Patienten-Ratgeber) werden gegeben.

### 1 Zur klinisch-psychologischen Kritik an zu engen Konzepten einer evidenzbasierten Psychotherapie

Die Methodologie klinischer Wirksamkeitsnachweise in der Psychotherapieforschung ist nicht zuletzt durch das Gerangel um die wissenschaftliche und die sozialrechtliche Anerkennung komplementärer psychotherapeutischer Verfahren in und zwischen dem »Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie« (nach § 11 PsychThG; siehe [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)), dem »Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen« (G-BA; nach § 91 SGB-V; siehe etwa [www.bptk.de](http://www.bptk.de)) sowie den beteiligten Bundes- und Landesministerien in den Blickpunkt der psychotherapeutischen Anwendungspraxis geraten. Verstärkt wurde dies durch recht plötzliche, zum Teil auch strategisch anmutende Veränderungen der methodischen Anforderungen an Studien zu Wirksamkeitsnachweisen für psychotherapeutische Verfahren in Beirat und Bundesausschuss. Hoch gehalten werden dabei Forderungen nach den in Analogie zum 4-Phasen-Prüfmodell der pharmakologischen Forschung (vgl. etwa Möller, 1992; Möller & Leimkühler, 1995; Müller-Oerlinghausen & Linden, 1981) bestimmten randomized control trials (RCTs; echte experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung von Patienten zu Behandlungs- und Kontrollgruppen). RCTs werden auch als »Goldstandard« der Interventionsforschung und damit der evidenzbasierten Medizin sowie Psychotherapie bezeichnet und dadurch übergewichtet (siehe Norcross, Beutler & Levant, 2006; Ollenschläger et al., 2003; United States National Institutes of Health, NIH, [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov); International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Humans, ICH, [www.ich.org](http://www.ich.org); »Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen«, IQWiG, [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)). Dies ist in der Klinischen Psychologie, zum Teil auch in der Medizin nicht ohne Widerspruch geblieben:

■ Kritisiert werden die Überhöhung des Kriteriums der internen Validität klinischer Untersuchungsbefunde gegenüber dem Kriterium ihrer externen Validität, die

mangelnde Beachtung von Komorbiditäten, Diskrepanzen in der Therapiedauer zwischen den manualisierten Vorgaben in RCT-Studien und der psychotherapeutischen Praxis, die Unmöglichkeit der Durchführung von Doppelblindstudien und die eingeschränkten Möglichkeiten von Blindstudien in der Psychotherapieforschung (da Patienten sich informieren, eigene Hypothesen entwickeln etc.). Propagiert wird die Weiterentwicklung empirischer Prüfmethode in der Psychotherapieforschung, die über das 4-Phasen-Prüfmodell hinausgeht und den Spezifika von Psychotherapie – im Unterschied zur Pharmakotherapie – gerecht wird (Caspar, 2006; Fischer, Barwinski & Eichenberg, 2007; Grawe, 2005; Henningsen & Rudolf, 2000; Kriz, 2004; Schmacke, 2006; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004).

■ Problematisiert wird zudem die Vernachlässigung von Studien, die für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Behandlungsansätze heuristisch und innovativ wichtig werden können (Grawe, 2005; Heerkerens & Ohling, 2005). Gemeint sind Konzeptionen neuartiger oder neuartig kombinierter Interventionsmethoden oder -techniken mit (zunächst) minimaler empirischer Evidenz, die sich etwa auf Kasuistiken und anekdotische Fallbeschreibungen beschränkt.

■ Bemängelt wird auch die Vernachlässigung von empirischen Studien, die sich auf den Aufbau von Schutz- und Resilienzfaktoren, den Abbau von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sowie die Selbstverwirklichung, mithin die primäre und tertiäre Prävention sowie die Fokussierung der Persönlichkeitsentwicklung (personal growth) beziehen (siehe etwa Zurhorst, 2005). Entsprechende Behandlungen überschreiten zumindest partiell den ambulanten heilkundlichen Anwendungsbereich nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), sind aber gerade in stationären und teilstationären psychotherapeutischen Anwendungskontexten – etwa zur Rückfallprophylaxe in Rehabilitationskliniken – von erheblicher Bedeutung. Von den United States National Institutes of Health (NIH siehe [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov)) sind so etwa auch für die Registrierung entsprechender klinischer Studien u.a. ausdrücklich die Kategorien der preventive trials und der quality of life trials vorgegeben. Vor diesem Hintergrund ist eine Neubestimmung des Stellenwerts des 4-Phasen-Prüfmodells und damit der Grundgedanken des Paradigmas der evidenzbasierten Medizin bzw. seiner Übertragung auf die Psychotherapie notwendig. Dies wird im Folgenden (1.) anhand eines Pyramidenmodells zum Status der evidenzbasierten Psychotherapie in der psychotherapeutischen Anwendungspraxis vorgenommen. Im Anschluss werden (2.) ein um zwei Phasen erweitertes Prüfmodell für eine empirisch fundierte Psychotherapie sowie (3.) im deutschen Sprachbereich dazu leicht verfügbare Informationsressourcen erläutert.

### 2 Ein Pyramidenmodell zum Stellenwert evidenzbasierter Psychotherapie in der Anwendungspraxis

Systematisch empirisch generiertes Wissen und seine forschungskritische Zusammenfassung zur Befundlage im Bereich psychischer Störungen und ihrer Behandlung

## Der Autor

Prof. Dr. GÜNTER KRAMPEN,  
Psychologischer  
Psychotherapeut (TFP, VT);  
Lehrstuhl für Klinische  
Psychologie, Psychotherapie  
und Wissenschaftsforschung,  
Co-Leitung des  
Weiterbildungsstudiengangs  
Psychologische  
Psychotherapie an der  
Universität Trier sowie  
Direktor des Leibniz-Zen-  
trums für Psychologische  
Information und  
Dokumentation  
(ZPID Leibniz-Institut);  
Forschung und Lehre in den  
Bereichen der Klinischen  
Psychologie,  
Psychotherapieforschung und  
Wissenschaftsforschung in  
der Psychologie.  
E krampen@uni-trier.de

bilden die erste Ebene im Pyramidenmodell zu den Grundlagen (Voraussetzungs-Ebenen) einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis (siehe Abbildung 1), die sich von vorwissenschaftlichen, religiös oder ideologisch eingebetteten Ansätzen durch Kriterien wie Systemcharakter, Widerspruchsfreiheit, interpersonale Übereinstimmung (Objektivität), Transparenz und Explizitheit, empirische Prüfbarkeit, systematische Erfahrungskontrolle, heuristischen Wert und Anwendbarkeit abhebt (vgl. etwa Krampen, 2002). Auf dieser untersten Pyramidenebene ist der Ansatz der evidenzbasierten (oder einer empirisch fundierten) Psychotherapie angesiedelt, für den – zumindest bei einer Erweiterung – das Prüfphasenmodell für klinische Wirksamkeitsnachweise durchaus angemessen ist.

Die zweite Ebene des Pyramidenmodells ist durch die Anwendung dieses empirischen Wissens (von der ersten Ebene) auf den einzelnen Patienten definiert. Nach dem Wissenschaft-Praxis-Modell geht es hier um nomoprägnantes (technologisches) Wissen (vgl. Perrez, 2005), dessen praktische Anwendung im klinischen Einzelfall nur auf der Basis der beruflichen Erfahrungen und des

Darauf basiert die vierte Pyramidenebene, die sich auf die differentielle Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen im Hinblick auf die spezifischen Merkmale des einzelnen Patienten und seines Lebensumfeldes sowie die Behandlungsdurchführung selbst bezieht.

Verlauf und (Zwischen-)Ergebnisse der Behandlung werden nach der fünften Ebene des Pyramidenmodells im Sinne der systematischen Prozess- und Produktevaluation kritisch begleitet und reflektiert, woraus sich schließlich in der Spitze der Pyramide in Abstimmung mit dem Patienten und ggf. auch mit Bezugspersonen die Thematisierung der Fragen nach dem Therapieerfolg und -abschluss, dabei auch nach Residuen und Rezidivgefährdungen ergeben (siehe Abbildung 1).

Mit diesem Pyramidenmodell zu den Grundlagen und Voraussetzungs-Ebenen einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis wird der grundlegende – auf der ersten Ebene angesiedelte – Stellenwert des Wissens über die Befundlage aus empirischen Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen (auch in Abhängigkeit von bestimmten Patienten- und Umfeldmerkmalen) deutlich. Wegen der Bedeutsamkeit der weiteren Pyramiden-ebenen für die Anwendungspraxis darf sein Stellenwert gleichwohl nicht absolut gesetzt, sondern muss anhand der Inhalte aller anderen Pyramiden-ebenen relativiert werden. Im Extremfall kann dies dadurch deutlich werden, dass evidenzbasierte Psychotherapie nicht bedeuten kann und darf, dass Psychotherapeuten tatenlos bleiben sollten, solange kein zuverlässiges empirisches Wissen über die Behandlung eines bestimmten Störungsbildes unter gegebenen Randbedingungen (d.h. in Abhängigkeit von Patienten- und Umfeldmerkmalen) vorliegt. Theorienwissen und berufliche Erfahrungen (zweite Ebene), Aufklärung und Information des Patienten (ggf. über die defizitäre wissenschaftliche Befundlage; dritte Ebene), explorative, auf diesen Voraussetzungsebenen hypothetisch basierende differentielle Indikation und Therapiedurchführung (vierte Ebene) sowie deren kritische Prozess- und Produktevaluation (fünfte Ebene) ermöglichen Psychotherapien, die durchaus in der Pyramidenspitze von Erfolgen »gekrönt« werden können. Gerade dieses Beispiel verdeutlicht den im Pyramidenmodell spezifizierten hohen Rückkopplungswert von Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis für die Fortentwicklung der Berufserfahrungen von Psychotherapeuten (auf der zweiten Pyramidenebene) und ggf. auch die Fortentwicklung des Wissens über die empirisch fundierte Psychotherapie (auf der ersten Ebene des Pyramidenmodells).

Die Resultate, d.h. die therapeutischen Erfolge, Misserfolge, Stagnationen etc. der Behandlung einzelner Patienten führen in der Regel zur Optimierung der Berufserfahrung des einzelnen Psychotherapeuten (durchgezogene Linie von der Pyramidenspitze zur zweiten Pyramidenebene in Abbildung 1). Werden die Erfahrungen in kollegialen Supervisionen, Intervisionen o. ä. weitergegeben und reflektiert, so profitieren auch Kollegen in ihren Berufserfahrungen. Dies kann dadurch optimiert, da verbreitert werden, dass auf Einzelbehandlungen basierende Kasuistiken oder aber Beiträge aus einzelnen

Abbildung 1: Pyramidenmodell zum Stellenwert der evidenzbasierten Psychotherapie in der Anwendungspraxis



Theorienwissens von Psychotherapeuten möglich wird. Professionelle Erfahrungen werden durch Aus-, Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervision sowie die klinische Erfahrungsbreite und -dauer von Psychotherapeuten bestimmt. Ihr Theorienwissen kann mit Kaminiski (1970) sinnvoll nach den Bereichen des Bedingungs-, Änderungs- und Kompetenzwissens sowie des Gewissens (normkritische und -analytische Interventionsaspekte) unterschieden werden.

Auf diesen beiden unteren Ebenen bauen auf der dritten Ebene des Pyramidenmodells die Aufklärung und Information des einzelnen Patienten über die Behandlungsnotwendigkeit, Therapieplanung und Behandlungsalternativen auf (siehe Abbildung 1), zu denen nicht nur das SGB V, sondern auch die berufsethischen Vorgaben verpflichten.

ANZEIGE

177 X 258

oder mehreren psychotherapeutischen Praxen bzw. Institutionen zur Versorgungsforschung, d.h., den Ergebnissen psychotherapeutischer Maßnahmen in der Regelversorgung unter Routinebedingungen, publiziert werden (gestrichelte Linie von der Pyramidenspitze zur ersten Pyramidenebene in Abbildung 1). Damit schließt sich der Kreis, da systematisierte Erfahrungen (also Empirie) aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis direkt die erste Ebene der Pyramide zu den Grundlagen und Voraussetzungs-Ebenen einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis – mithin das Wissen über die Befundlage zur empirisch fundierten Psychotherapie – erweitern.

### 3 Die breite Basis der empirisch fundierten Psychotherapie

Um den oben benannten klinisch-psychologischen Kritikpunkten an der einfachen Übertragung des konventionellen 4-Phasen-Prüfmodells aus der Pharmakaforschung und evidenzbasierten Medizin auf den Bereich der Psychotherapie zu begegnen, wurde ein um zwei Prüfphasen erweitertes Modell für klinisch-psychologische Intervention vorgeschlagen (siehe Tabelle 1 nach Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008). Die inhaltlichen Bestimmungen des »konventionsgemäß in vier Phasen eingeteilten« (Möller & Leimkühler, 1995, S. 69) pharmakologischen Prüfmodells bleiben zwar erhalten und werden methodologisch sowie in ihren methodischen Spezifika und Zielsetzungen klar voneinander unterschieden, die Bedeutung aller Prüfphasen für die empirisch fundierte Psychotherapie wird aber ausdrücklich anerkannt, und keine der Phasen wird als »Goldstandard« o.ä. bezeichnet und damit methodologisch überhöht. Dies kommt auch dem Vorschlag der American Psychological Association (APA) und deren Konzept der empirically supported treatments nahe (ESTs; American Psychological Association, 1995; Chambless & Ollendick, 2001; Norcross et al., 2006).

Für die Psychotherapieforschung wird unter Bezug auf die Maxime der multimethodalen Forschung und des multiplen Operationalismus, nach der Untersuchungsbefunde dann besonders gut empirisch abgesichert sind, wenn sie durch unterschiedliche Designs und Datenerhebungsmethoden bestätigt werden konnten, für ein »Sowohl-als-auch« plädiert: Objektivität, Reliabilität, interne und externe Validität von Befunden – somit auch ihre potenzielle Anwendungsrelevanz – sind dann optimal gesichert, wenn sich beim Einsatz der unterschiedlichsten Forschungsmethoden ähnliche, idealiter identische Ergebnisse gezeigt haben. Bezogen auf den kritisch diskutierten Stellenwert von randomized control trials (RCTs) bedeutet dies, dass sich weder Argumente für die Position finden lassen, dass RCTs für die Verbesserung der Versorgung von Patienten nicht nutzbringend sein könnten, noch Argumente für die Position finden lassen, dass sich die Psychotherapieforschung in den unverzichtbaren RCTs erschöpfen könnte.

Vorgeschlagen wird ferner (Krampen et al., 2008), das pharmakologische 4-Phasen-Prüfmodell um zwei Phasen zu erweitern (siehe in der Übersicht Tabelle 1):

■ Phase 0 bezieht sich als kreative Entwicklungsphase

auf Beiträge zur Konzeption sowie Explikation theoretischer und normativer Annahmen neuartiger oder neuartig kombinierter Interventionsmethoden oder -techniken mit (zunächst) minimalen empirischen Bezügen (wie Kasuistiken, anekdotische Fallbeschreibungen);

■ Phase 5 (Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung) sind empirisch fundierte Beiträge zu primär- und tertiär-präventiven sowie auf die Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteten klinisch-psychologischen Interventionsansätzen (preventive trials und quality of life trials; United States NIH, www.ClinicalTrials.gov) zugeordnet.

Dies resultiert in dem für die Psychotherapieforschung auf sechs Phasen erweiterten Prüfmodell, ohne dass die »konventionsgemäße« (Möller & Leimkühler, 1995, S. 69), international und national verwendete 4-Phaseneinteilung der pharmakologischen Prüfung (und deren üblich gewordenen Kurzbezeichnungen als »Phase-1-, Phase-2-, Phase-3- und Phase-4-Forschung«) verletzt wird. Die Orientierung an der konventionellen Phaseneinteilung und -bezeichnung ist wichtig, weil die psychotherapeutische Anwendungspraxis und auch die Psychotherapieforschung häufig interdisziplinär unter Beteiligung von Psychologie, Medizin, Pharmazie etc. erfolgen und etwa die entsprechenden Forschungspläne und -arbeiten nach der Phaseneinteilung und -bezeichnung des klassischen pharmakologischen Prüfmodells von Ethikkommissionen, Datenbanken für die Registrierung klinischer Studien sowie Drittmittelgebern eingeordnet werden. Erleichtert wird also auf jeden Fall die interdisziplinäre Kommunikation, ggf. auch die intradisziplinäre Kommunikation innerhalb der Psychologie. Dies dann, wenn die Grundüberlegungen zum erweiterten Prüfphasen-Modell auf die Evaluation psychologischer Interventionen allgemein (etwa auch Interventionen wie Trainings und Beratungen in der Pädagogischen Psychologie sowie in der Arbeits- und Organisationspsychologie) übertragen werden.

Aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis kommende Beiträge bleiben nicht auf solche zur Phase 0 (Kasuistiken) und zur Phase 4 (Versorgungsforschung; vgl. hierzu auch Thomae & Kächle, 2006) des Prüfmodells und damit auf die Zielsetzungen der Entwicklung neuer und/oder kombinierter psychotherapeutischer Methoden bzw. der Praxiskontrolle beschränkt, sondern können und sollten sich auch auf die vier anderen Zielsetzungen klinisch-psychologischer Studien beziehen. Dies verdeutlicht, in welchem Ausmaß Beiträge aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis für die Weiterentwicklung der empirisch fundierten Psychotherapie relevant sind. Sie sollten nicht methodologischen und methodischen »Scheingefechten« geopfert werden: »Durch die empirische Validierung von Therapiemethoden entsteht noch keine wirksamere Psychotherapie. Es geht vielmehr darum, über die bestehenden Methoden und Therapieformen hinauszukommen.« (Grawe, 2005, S. 4). Dies wird nur möglich werden, wenn die psychotherapeutische Anwendungspraxis ihren Teil dazu beiträgt und im Orchester der verschiedenen klinisch-psychologischen Studientypen (in ihren Abhängigkeiten von den jeweiligen Zielsetzungen und ihrer Zugehörig-

ANZEIGE

177 X 258

Tabelle 1. Erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung (nach Krampen et al., 2008, Tab. 1)

Phase: Bezeichnung	Charakteristika: 1. andere Bezeichnungen <sup>a, b</sup> , 2. Methoden, 3. Definition
<i>Phase 0: Entwicklungsphase</i>	<p>1. Kreations-/Erfindungsphase</p> <p>2. anekdotische Fallbeschreibung, Kasuistik, illustrative Fallbeschreibung, qualitative Studie, Pharmakologie: experimentelle Tierstudie</p> <p>3. Erfahrungsbericht mit klinischer Relevanz unter Bezug auf die mehr oder weniger kreative Entwicklung neuer Interventionsmethoden oder neuartiger Kombinationen bekannter Interventionsmethoden aufgrund von klinischer Beobachtung, theoretischen Überlegungen, unsystematischer Erprobung, Plausibilitätserwägungen</p>
<i>Phase 1: Erkundungsphase</i>	<p>1. Screening-Phase; Psychologie: Pilot-Phase; Pharmakologie: Human Pharmacology (with non-therapeutic objectives)<sup>a</sup></p> <p>2. Feldstudie und Feldexperiment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analog-Studie mit nicht-klinischen Stichproben und/oder Abweichungen von der klinischen Praxis in Setting, Störungsgrad, Therapeuten, Diagnostik</li> <li>- vor-experimentelle Designs mit Patienten ohne Vergleichsgruppe (retrospektive Post-Erhebung/ Katamnese, Eingruppen-Design, Eigenkontrollgruppen-Design)</li> <li>- quasi-experimentelle Designs mit Patienten (ohne Randomisierung)</li> <li>- systematische Einzelfallstudie mit Patient und Bedingungsvariation</li> </ul> <p>3. Systematischer Einsatz und empirische Prüfung von (neuen oder kombinierten) Interventionsmethoden ohne Randomisierung, häufig unter wenigen, eher global formulierten Hypothesen</p>
<i>Phase 2: Randomisierte Studien</i>	<p>1. Wirksamkeitsstudie; efficacy study; randomized control trials (RCTs); experimental treatment trials<sup>b</sup>; Pharmakologie: Therapeutic Exploratory Study<sup>a</sup>, Pilot-Phase der Arzneimittelprüfung</p> <p>2. Experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung von Patienten zu minimal zwei Gruppen (Behandlungsgruppe versus unbehandelte Kontrollgruppe, Warteliste-Kontrollgruppe, Placebo-Gruppe, Vergleichs-gruppe mit Standardbehandlung oder Vergleichsgruppe mit Alternativbehandlung)</p> <p>3. Prospektive kontrollierte Studie mit Patienten zur therapeutischen Wirksamkeit mit gezielter Hypothesenprüfung, häufig an kleineren Patienten-Stichproben in einem standardisierten Setting</p>
<i>Phase 3: Testphase</i>	<p>1. experimental treatment trials<sup>b</sup>; Pharmakologie: Therapeutic Confirmatory Study<sup>a</sup></p> <p>2. Multi-Center-Studie und Metaanalyse</p>
<i>Phase 3A: Multi-Center-Studien</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prospektive Verbundstudie, prospective multicenter-study: Prüfung im Großversuch in mehreren Settings nach demselben experimentellen Design mit (sehr) großen Patientenstichproben; kontrollierte Wirksamkeitsstudie (efficacy study) mit Beteiligung mehrerer Institutionen</li> </ul>
<i>Phase 3B: Metaanalysen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metaanalyse: quantitative Aggregation der Befunde vieler prospektiver experimenteller Studien (aus Phase 2, ggf. auch 3)</li> </ul> <p>3. Prüfung einer Behandlungsmethode im echten kontrollierten Großversuch (3A: Multi-Center-Studie) oder im indirekten, aggregierten Großtest (3B: Metaanalyse) an großen Patientenstichproben in mehreren Settings</p>
<i>Phase 4: Praxiskontrolle</i>	<p>1. Versorgungsforschung; effectiveness study; generalizability study; efficiency study; Praxistest unter Routinedingungen; Studie zur Qualitätskontrolle/-sicherung; Pharmakologie: Therapeutic Use Study<sup>a</sup></p> <p>2. vor- und quasi-experimentelle Studie (Feldstudie und -experiment) unter Routinebedingungen der Anwendungspraxis, ökologisch valide Studien, naturalistische Forschung</p> <p>3. Prüfung der Bewährung (klinische Brauchbarkeit und/oder Wirtschaftlichkeit) einer Interventionsmethode unter alltäglichen Anwendungs- und Praxisbedingungen, zumeist in einem Setting; ggf. mit dem Ziel der</p> <p>Analyse günstiger vs. ungünstiger Implementationsbedingungen sowie zur internen und/oder externen Qualitätskontrolle</p>
<i>Phase 5: Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung</i>	<p>1. prevention trials<sup>b</sup>; quality of life trials<sup>b</sup></p> <p>2. Empirische Studie, experimentelle Studie und Metaanalyse zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primär-präventiven klinisch- psychologischen Interventionen zur Reduktion von Inzidenz und Prävalenz von Störungen mit Krankheitswert (durch Optimierung, Gesundheitsförderung)</li> <li>- zu tertiär-präventiven (rehabilitativen) klinisch-psychologischen Interventionen zur Reduktion von Rezidiven und zur Verbesserung der Bewältigung von Residuen bei Patienten</li> <li>- klinisch-psychologischen Interventionen zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung (personal growth)</li> </ul> <p>3. Empirische Evaluation klinisch-psychologischer Interventionen zum Aufbau von Schutz- und Resilienz-faktoren, zum Abbau von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sowie zur Förderung der Selbstaktualisierung bei Patienten und Gesunden</p>

<sup>a</sup> Die Bezeichnungen für die pharmakologische Forschung folgt denen der International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (1997).

<sup>b</sup> Bezeichnung nach der Beschreibung von »Clinical Trials« bei der Registrierung klinischer Studien unter [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov) (United States National Institutes of Health, 2007).



ANZEIGE

177 X 258

keit zu den Phasen des erweiterten Prüfmodells) eine tragende Tonlage übernimmt. Nur dann wird die Psychotherapieforschung unter Bezug auf die Maxime der multimethodalen Forschung und des multiplen Operationalismus, nach der Untersuchungsbefunde dann besonders gut empirisch abgesichert sind, wenn sie durch unterschiedliche Designs und Datenerhebungsmethoden bestätigt werden konnten, ihrer Funktion als grundlegende (erste) Ebene des Pyramidenmodells zu den Grundlagen und Voraussetzungen der psychotherapeutischen Anwendungspraxis gerecht werden können.

#### **4 Informationsressourcen zur empirisch fundierten Psychotherapie**

Buchpublikationen geben in aller Regel Informationen über Psychotherapie-Anwendungsergebnisse bei psychischen und somatoformen Störungen, die zwar gut abgesichert, aber häufiger durch den Publikations-timelag in die Jahre gekommen sind, zudem oftmals auch keinem kritischen Peer-review-Verfahren unterzogen wurden. Zeitschriftenbeiträge informieren über aktuellere Forschungsergebnisse, werden aber verstreut publiziert, sind allzu häufig sehr spezifisch und umfassen keine unabhängigen Ergebnisreplikationen.

Verdichtet und sowohl die ältere Befundlage umfassend als auch regelmäßig anhand der neusten Publikationen aktualisiert finden sich die Informationsressourcen zur empirisch fundierten Psychotherapie (also zur ersten Ebene im Pyramidenmodell) ebenso wie systematische Übersichtsarbeiten zu ausgewählten Themen und Fragestellungen in den Fachliteraturdatenbanken, die über Internet leicht zugänglich sind. Psychotherapeutisch relevant sind dabei vor allem

- die primär angloamerikanische Datenbank PsycINFO der American Psychological Association (APA),
- die internationale medizinische Datenbank Medline und
- PSYNDEX, in der die psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich anhand von Metadaten (u.a. mit Zusammenfassungen und Schlagworten) dokumentiert wird.

Alle drei Datenbanken sind über Bibliotheken sowie im Internet (PSYNDEX unter [www.zpid.de](http://www.zpid.de), Medline etwa über [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) und PsycINFO etwa über [www.hogrefe.com](http://www.hogrefe.com)) zugänglich, umfassen allerdings neben psychotherapeutisch bedeutsamer Fachliteratur auch solche aus allen anderen Bereichen der Psychologie bzw. Medizin.

Um den Zugang zur benötigten Literatur für Psychotherapeuten zu erleichtern und die Wahrscheinlichkeit wirklicher »Treffer« bei der Suche zu maximieren, wurden spezifisch für die psychotherapeutische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich in der Fachliteraturdatenbank PSYNDEX Filter für die Literaturrecherche gesetzt. Im Datenbanksegment Therapy können dadurch gezielt die Literaturquellen recherchiert werden, die sich auf eine (oder mehrere) der sechs Phasen des erweiterten Prüfphasenmodells für klinisch-psychologische Interventionen sowie zusätzlich auf Therapieressourcen wie Patienten-Ratgeber, Behandlungsmanuale und -leitlinien beziehen (siehe Krampen et al., 2008). Dies kann leicht bei der Literatursuche um

weitere Suchkriterien – wie etwa Diagnose, Komorbiditäten, Geschlecht und Altersgruppe eines Patienten etc. – verfeinert werden.

Das Datensegment Therapy in PSYNDEX zu den im deutschen Sprachbereich vorliegenden Informationsressourcen zur empirisch fundierten Psychotherapie zeigt, dass der psychotherapeutischen Anwendungspraxis ein umfangreiches Reservoir entsprechender Fachbeiträge und Therapieressourcen zur Verfügung steht. PSYNDEX erleichtert über Literaturrecherche-Filter das Auffinden der benötigten Quellen, wodurch die Wahrscheinlichkeit valider Treffer – im Unterschied zu allgemeinen, publikumsorientierten Suchmaschinen und anderen Fachliteraturdatenbanken – maximiert ist.

ANZEIGE

177 X 258

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Stellenwert der evidenzbasierten Psychotherapie für die psychotherapeutische Anwendungspraxis wird anhand eines Pyramidenmodells geklärt und dabei relativiert. In diesem Modell ist das Wissen über die empirische Befundlage zwar die Grundlage psychotherapeutischen Handelns, zugleich aber am weitesten von ihm entfernt, da es für erfolgreiche Psychotherapie zwar eine notwendige, aber keinesfalls eine hinreichende Bedingung ist. Auf dieser (1) untersten Pyramidenebene bauen (2) Anwendungen dieses Wissens auf den einzelnen Patienten auf dem Hintergrund von Theorienwissen und Berufserfahrung des Psychotherapeuten, (3) die Aufklärung und Information des Patienten über Therapieplanung und Behandlungsalternativen, (4) die differentielle Indikation und Therapiedurchführung im Einzelfall, (5) deren Prozess- und Produktevaluation sowie (6) die Frage nach dem Therapieerfolg und -abschluss auf. Für die erste Pyramidenebene wird ein um zwei Phasen erweitertes Prüfphasen-Modell für die klinisch-psychologische Interventionsforschung vorgestellt. Über die zu den sechs Prüfphasen vorliegenden Informationsressourcen wird ebenso informiert wie über solche zu Therapieressourcen (Behandlungsleitlinien und -Manuale sowie Patienten-Ratgeber). Auf die Bedeutung von Beiträgen aus der psychotherapeutischen Anwendungsforschung und -praxis zur empirisch fundierten Psychotherapie – also für die erste Ebene der Pyramide zum Stellenwert empirischer Studien in der psychotherapeutischen Anwendungspraxis – wird verwiesen.

**Schlüsselwörter:** psychotherapeutische Prozesse; evidenzbasierte Praxis; klinische Prüfung; evidenzbasierte Psychotherapie; Therapieerfolgskontrolle; Fallbericht; empirisch fundierte Behandlung; Behandlungsmanual; Behandlungsleitlinien; Patienten-Ratgeber

## LITERATUR

- American Psychological Association. (1995).** Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-27.
- Caspar, F. (2006).** Forschungsdesigns in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um Randomisierte Klinische Studien. In A. Brueggemann & R. Bromme (Hrsg.), *Entwicklung und Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie* (S. 38-46). Berlin: Akademie-Verlag.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001).** Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 55, 685-716.
- Fischer, G., Barwinski, R. & Eichenberg, C. (2007).** Evidenzbasierte Psychotherapie? Wenn schon, dann richtig! *Report Psychologie*, 32, 453-456.
- Grawe, K. (2005).** (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-11.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000).** Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 366-375.
- Heerkerens, H.-P. & Ohling, M. (2005).** Therapieevaluation – eine Sach- und Beziehungsklärung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36, 5-11.
- Kaminsik, G. (1970).** Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation: Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum. Stuttgart: Klett.
- Krampen, G. (2002).** Drei Phasen Modell zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert. *Report Psychologie*, 27, 330-346.
- Krampen, G., Schui, G. & Wiesenhütter, J. (2008).** Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapieressourcen: Ein erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell und seine Anwendung auf die klinisch-psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 43-51.
- Kriz, J. (2004).** Methodologische Aspekte von »Wissenschaftlichkeit« in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 6-31.
- Möller, H.J. (1992).** Klinische Prüfstudien. In P. Riederer, G. Laux & W. Pöldinger (Hrsg.), *Neuropsychopharmaka* (S. 177-199). Berlin: Springer.
- Möller, H.J. & Leimkübler, A.M. (1995).** Qualitätssicherung in der psychiatri-

## ABSTRACT

Status and significance of evidence-based psychotherapy in psychotherapeutic application practice are cleared up with reference to a pyramid-model, in which – admittedly – professional knowledge of empirical results is the foundation of psychotherapeutic work being – however – most far from it, because it is a necessary but not sufficient determinant of effective and efficient psychotherapy. Build up at this (1) first pyramid-level are (2) applications of this empirical knowledge to individual patients with reference to theoretical knowledge and professional experience of the psychotherapist, (3) information of patients about therapy-planning and alternative treatments, (4) differential indication and psychotherapeutic processes, (5) evaluations of psychotherapeutic processes and outcomes as well as (6) the questions concerning therapeutic success and termination. The first pyramid-level is described by an extended (six) phases-test-model for clinical trials including in addition – firstly – a developmental phase (case reports) and – sixthly – a phase for prevention and quality of life trials. Information resources for all six test-phases are described as well as those for treatment guidelines, treatment manuals, and self-help guides for patients. Significance of applied clinical research and psychotherapeutic experiences for empirically supported psychotherapy is stressed upon and classified to the six phases-test-model.

**Key Words:** psychotherapeutic processes; evidence based practice; clinical trials; treatment effectiveness evaluation; clinical case report; empirically supported treatment; manual; treatment guidelines; self-help guide

- schen Forschung. In H.J. Haug & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 63-91). Stuttgart: Enke.
- Müller-Oerlinghausen, B. & Linden, M. (1981).** Rationalität der Indikation zur psychopharmakologischen Behandlung. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 210-220). München: Urban & Schwarzenberg.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Eds.). (2006).** Evidence-based practices in mental health. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ollenschläger, G. et al. (Hrsg.). (2003).** Kompendium evidenzbasierte Medizin (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Perrez, M. (2005).** Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Interventionen. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl., S. 68-88). Bern: Huber.
- Schmacke, N. (2006).** Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: Die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 202-209.
- Thomae, H. & Kächle, H. (2006).** Psychoanalytische Therapie: Forschung. Berlin: Springer.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004).** The empirical status of empirically supported psychotherapies. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Zurhorst, G. (2005).** Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36, 13-16.