

Aspekte zur Notwendigkeit empirischer Psychotherapieforschung¹

■ F. Schneider

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf der 172. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Freiburg, 6. September 1996

In einem Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde heisst es ([2], S. 708): «Unter einem Kosten-Nutzen-Aspekt müssen psychotherapeutische Verfahren bei der beschriebenen Breite der Indikationen und Anwendungshäufigkeiten einer ähnlich rigorosen wissenschaftlichen Evaluation unterworfen werden, wie dies im Bereich der Pharmakotherapie seit langem Standard ist. Es kann nicht akzeptiert werden, dass in einem derart gewichtigen Bereich der Krankenbehandlung keine ausreichende empirische Evaluationsforschung durchgeführt wird.»

Es gibt Psychotherapieformen, denen die Begriffe der Qualitätssicherung nicht fremd sind: behaviorale und kognitive Techniken, die aus der ständigen Evaluation entstanden sind und sich aus ihr weiterentwickeln, bei denen vielfältige und häufige Einsätze von standardisierten Befragungen und Verhaltensmessungen zur Methode gehören. In der Verhaltenstherapie besteht eine solche interaktive Beziehung zwischen zugrundeliegender Verhaltenstheorie und der Entwicklung entsprechender diagnostischer und therapeutischer Techniken. Dadurch ist die Verhaltenstherapie diejenige psychotherapeutische Methode, für die mit grossem Abstand die meisten kontrollierten Wirksamkeitsstudien vorgelegt wurden.

Es ist zu berücksichtigen, dass das zu benutzende Methodeninventar der jeweiligen Datenstruktur angepasst ist und nicht unangemessen übergestülpt wird. Nicht alle in der verhaltenstheoretischen Evaluationsforschung etablierten und bewährten Methoden können in adäquater Weise bei der Evaluation anderer psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden. Dies gilt besonders für ergebnisorientierte wie prozedurale Qualitätsindikatoren. Eine solche Problematik besteht im weiteren Sinne für alle psychotherapeutischen Verfahren: Während in der pharmakologischen Forschung neben Aspekten wie Multicenterdurchführung und Randomisation in verschiedene

Therapiearme Placebobedingungen gefordert werden (bei doppelblinder Zuordnung), ist eine vergleichbare, doppelblinde Placebo-Psychotherapie kaum vorstellbar.

Vorsichtige Versuche von einigen Psychoanalytikern, objektive Verhaltensbeobachtungen und psychophysiologische Parameter zu protokollieren oder Therapievergleichsstudien durchzuführen, stossen auf Skepsis, vor allem von den in ihrer Einzelpraxis mit einer sehr beschränkten Patientenzahl psychoanalytisch arbeitenden Kollegen, die naturgemäss die Individualität, weniger die grossen Gruppen von Patienten, vor Augen haben. Die Abwehr von zahlreichen Analytikern gegenüber Massnahmen der Qualitätssicherung ist im Rahmen ihrer theoretischen Konstrukte nachvollziehbar, wenn auch heute nicht mehr vertretbar. Als wissenschaftliche Methode aber müssen sich die Psychoanalytiker der wissenschaftlichen Evaluation mit in anderen Therapiestudien entwickelten und gegebenenfalls erweiterbaren Methodeninventaren stellen.

Modellhaft sei hier der Aufbau der Ulmer Textbank zur Prozessforschung verbaler Äusserungen psychotherapeutischer Patienten genannt, wodurch eine methodenadäquate Quantifizierung und Qualifizierung von Verhalten in individuellen psychotherapeutischen Interaktionssituationen ermöglicht wird [13].

Viele analytisch orientierte Kollegen fühlen sich durch qualitätssichernde Massnahmen persönlich beeinträchtigt, sehen darüber hinaus ihre Patienten zu standardnormalverteilten Symptomclustern permutiert, deren Individualität in Biographie, Persönlichkeit und Krankheit vom Patienten abstrahiert in grossen Schubladen von Computern abgespeichert werden. Bekräftigt werden solche Bedenken durch internationale Systemnormen wie die ISO 9000, welche die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems und die Elemente, die es unterhalten muss, festlegt. Nicht nur im produzierenden Gewerbe und der Industrie, sondern auch im Dienstleistungsbereich und inzwischen auch für einzelne Krankenhäuser und Arztpraxen werden die entsprechenden Qualitätssiegel vergeben – in unserem Bereich ein zu hinterfragendes und für die Patienten wohl eher irreführendes Unterfangen.

Ein valider diagnostischer Prozess schliesst neben einer umfassenden psychiatrischen und biographischen Anamnese körperliche Untersuchungen mit ein. Dies

ist die Voraussetzung für jede Indikationsstellung von Psychotherapie. Zudem bedarf auch der Weg eines Patienten einer Qualitätssicherung, bis er an den richtigen Therapeuten kommt. Patienten mit einer Angststörung benötigen 4-10 Jahre, bis sie über Kontakte mit Hausärzten, Internisten, Beratungsstellen usw. bei einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Spezialisten vorgestellt werden. Zusammen macht dies deutlich, dass es zu einer verstärkten Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten mit psychiatrischer oder psychosomatischer Grundausrichtung und psychologischen Psychotherapeuten kommen muss [17].

Hat sich in dem diagnostischen Prozess ergeben, dass die Indikation für eine Psychotherapie vorliegt, ist die Frage nach der differentiellen Indikation zu einem bestimmten Psychotherapieverfahren zu stellen. Nur die kognitive Verhaltenstherapie und mit gewissen Einschränkungen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die Gesprächspsychotherapie haben bislang einen wissenschaftlich gesicherten Effizienznachweis erbracht [9, 14]. Für weitere, klinisch relevante und effiziente Therapieverfahren steht ein solcher Nachweis noch aus und kann – aus methodischen Gründen – z.T. auch nur mit Schwierigkeiten geführt werden.

Mit operationalisierbaren Qualitätsindikatoren zum Effizienznachweis

Wenn die Qualität der Psychotherapien selbst überprüft und gesichert werden soll, müssen entsprechende Qualitätsindikatoren beschrieben werden. Dies ist im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich schwierig und stellt derzeit eines der grössten Hindernisse für eine effektive Qualitätssicherung in Psychiatrie und Psychotherapie dar [4,8,20].

Die Forderung nach Effizienznachweisen ist eine der wesentlichsten qualitätssichernden Massnahmen im Bereich der Psychotherapie. Der Psychoboom hat unzählige Therapieverfahren hervorgebracht. Um so erstaunlicher ist es, dass nur einige wenige ihre Effizienz tatsächlich nachgewiesen haben [9]. Das vielfältige Angebot sogenannter und selbsternannter Psychotherapeuten ist weder für die Konsumenten noch für Ausserstehende zu überblicken. Dabei ist es gerade die Methodenvielfalt, die immer wieder neue und nicht evaluierte Konstellationen

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider,
Psychiatrische Klinik
der Heinrich-Heine-Universität,
Bergische Landstrasse 2,
D-40629 Düsseldorf
e-mail: frank.schneider@uni-duesseldorf.de

tionen von meist auch nicht besser in ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen psychotherapeutischen Massnahmen auf den Markt kommen lässt. Solange Begriffe wie Bewusstseinsweiterung oder Esoterik auf Menschen anziehend wirken, hat die wissenschaftliche Psychotherapie, deren Durchführung in Deutschland bis auf Ärzte rechtlich nur sehr unzureichend geregelt ist, nur wenig Chancen, sich durch eine klare Identität abzugrenzen und diese der Bevölkerung zu vermitteln. Wir sollten selbst die Konsequenz daraus ziehen, uns verstärkt ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten zu nennen.

Es muss immer wieder untersucht und aktualisiert werden, bei welchen Therapieformen eine ausreichende Effizienz bei welchen Störungen nachgewiesen wurde. Daran sollte sich die Weiterbildung wie auch die Behandlungspraxis orientieren. So hat z.B. die interpersonelle Therapie bei Depressionen eine gute Effizienz belegt, ist jedoch in Deutschland noch nicht über die Krankenkassen abrechenbar. Psychoedukative Verfahren aus der Verhaltenstherapie haben bei schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen ebenfalls ihre Effizienz in der Rückfallprophylaxe belegt, ohne dass diese bisher breit in der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung eingeführt werden konnten oder abrechenbar wären.

Welche Möglichkeiten haben wir, die Ergebnisqualität empirisch zu überprüfen? Einige Forschergruppen untersuchen die verbale Kommunikation; wir selbst haben den nonverbalen Ausdruck am Beispiel der Mimik intensiv bearbeitet. Mimik eignet sich besonders gut, nicht nur, weil sie das innere, insbesondere das emotionale Erleben widerspiegelt, sondern auch, weil sie als soziales und interaktives Kommunikationsinstrument wesentliche Outcome-Variablen von psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen der erlebten Emotionen und der sozialen Interaktionsfähigkeit darstellt. Wir benutzen heute, aufbauend auf frühere Arbeiten von Heimann [10], einen automatisierten Aufbau, womit wir im Zeitverlauf die Beweglichkeit von kleinen Punkten, die wir in das Gesicht von Probanden kleben, mit höchster räumlicher und zeitlicher Auflösung messen. Dabei werden die Raumkoordinaten der ins Gesicht geklebten Punkte automatisch registriert. Ein typischer Versuchsablauf für einen Patienten in unserem Labor sieht so aus, dass wir versuchen, die erlebten Gefühle der Patienten systematisch zu verändern. In verschiedenen Untersuchungen konnten wir zeigen, dass die Beweglichkeit des Obergesichts bei schizophrenen wie depressiven Patienten im Vergleich zu Gesunden in solchen Interaktionssituationen vermindert ist [18]. Darüber hinaus wird bei schizophrenen Patienten eine gewisse mimische Eintönigkeit im Ausdruck von Freude und Trauer deutlich.

In einer weiteren Untersuchung haben wir zeigen können, dass die mimischen Auffälligkeiten bei schizophrenen wie depressiven Patienten mit einer allgemein-psychiatrischen, kombiniert biologischen, psycho-

therapeutischen und sozialen Therapie an Bedeutung verlieren. Die Intensität mimischer Bewegungen gleicht sich nach drei Monaten der von Gesunden an. Mit dem objektiven Vorgehen der Mimikmessung steht nun eine Möglichkeit zur Verfügung, z.B. im Rahmen der psychotherapeutischen Verlaufsforschung, Behandlungseffekte automatisiert und beurteilerunabhängig zu messen.

Fort- und Weiterbildung der Psychotherapeuten

Will man die Qualität einer psychotherapeutischen Weiterbildung überprüfen, kann man dies nach den genannten Qualitätsdimensionen vollziehen und, was dringend notwendig ist, die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen untersuchen und vergleichen. Dies setzt eine eingehende, an wissenschaftlichen Kriterien orientierte Evaluation der Weiterbildung voraus [17].

Allerdings sind die einzelnen Elemente der Weiterbildung von Psychotherapeuten kaum evaluiert, und es bleibt unverständlich, warum das gegenwärtig nach den theoretischen Kenntnissen, den Behandlungserfahrungen unter Supervision sowie der Selbsterfahrung differenzierte System [1] von Generation zu Generation weitgehend unverändert bleibt.

Freud selbst verlangte schon ([7], S. 226), «dass jeder, der die Analyse an anderen ausüben will, sich vorher selbst einer Analyse unterwirft. Erst im Verlauf dieser <Selbstanalyse> ..., wenn sie die von der Analyse behaupteten Vorgänge am eigenen Leib – richtiger: an der eigenen Seele – tatsächlich erleben, erwerben sie sich die Überzeugungen, von denen sie später als Analytiker geleitet werden.» Aus unserer täglichen klinischen Praxis wissen wir um die prägende, offensichtlich nützende Wirkung von derartiger Selbsterfahrung, insbesondere bei tiefenpsychologisch fundierter bzw. psychoanalytischer Weiterbildung. Aber: Die prinzipielle Notwendigkeit wie das methodische Dilemma von wissenschaftlicher Analyse der einzelnen qualitätsbestimmenden Faktoren kann am Beispiel von Selbsterfahrung in Frage gestellt werden. Es lässt sich kaum ein realisierbares, umfassendes Design ausdenken, wie derartige Selbsterfahrung randomisiert, plazebokontrolliert und doppelblind untersucht werden könnte. Es gibt bislang keine überzeugende empirische Studie, die über das Niveau eines Erfahrungsberichtes hinausgehen würde, die die Notwendigkeit wie auch die Qualität einer Lehranalyse bzw. einer Selbsterfahrung für eine eigene bessere psychotherapeutische Arbeit belegen würde. Nicht alles ist in der Psychotherapie objektiv messbar, wir sollten aber versuchen, klinisch relevante Effekte wenigstens besser zu beschreiben und wissenschaftlich zu evaluieren, um Trugschlüsse zu vermeiden.

Ein weiteres, kaum diskutiertes Problem ist in diesem Zusammenhang die Qualität der Selbsterfahrung: Durchführung und Abschluss kennzeichnen noch nicht, dass

nun die Grundlagen für eine bessere Behandlung der Patienten und mehr Lebenszufriedenheit bei den Therapeuten gelegt sind – und dies auch noch lebenslang.

Darüber hinaus ist nach Kernberg [11] die Situation der psychoanalytischen Ausbildung so zu beschreiben, dass die Ausbildungskandidaten systematisch davon abgehalten werden, die Einzelheiten der analytischen Arbeit ihres Faches kennenzulernen. Dies führe zu einer unrealistischen Idealisierung der Technik der Psychoanalyse, zu einer Schwächung des kreativen Denken und der wissenschaftlichen Produktivität (vgl. [3]). So führt Kernberg aus ([11], S. 502) «Während die Ausbilder der Psychoanalyse das zu vermitteln glauben, was zugleich eine Kunst und eine Wissenschaft ist, haben sie die Institute so strukturiert, dass diese möglichst genau einer Verbindung von Technischschule und Religionsseminar entsprechen.»

Wissenschaft lebt von der objektiven Untersuchung und vom interdisziplinären Diskurs. Unter Gesichtspunkten der Qualitätssicherung kontrovers zu diskutierenden sind die in privater Trägerschaft liegenden Weiterbildungseinrichtungen, die häufig der Forderung nach wissenschaftlicher Transparenz und Diskussion entgegenstehen. Psychoanalytische Ausbildungsinstitute gleichen gelegentlich geschlossenen Zirkeln, die eher an Logen als an wissenschaftliche Einrichtungen erinnern. Ausbildungskandidaten müssen ritualisierte Prozeduren durchlaufen und – teuer erkaufte – Abhängigkeiten zu Ausbildern und Lehranalytikern hinnehmen. Kernberg [11] hat in diesem Zusammenhang die autoritäre Stimmung in vielen psychoanalytischen Instituten angemahnt, die den intellektuellen Zielsetzungen für eine psychoanalytische Identität zuwiderlaufe. Auch sind die erheblichen Kosten zu nennen, die durch Selbsterfahrung und die Belegung von Kursen entstehen [12]. Deshalb sollte eine Anbindung von Weiterbildungsinstituten an die Universitäten oder andere öffentliche Institutionen angestrebt werden.

Die Behauptung, dass ein Psychotherapeut nur eine methodische Identität haben könne, erscheint als Mythos. Der psychiatrische Psychotherapeut muss durch seine Weiterbildung in der Lage sein, einen Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Dazu ist es neben seiner psychiatrischen Kompetenz notwendig, dass er sowohl in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie auch in kognitiver Verhaltenstherapie und weiteren Verfahren ausreichend Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten besitzt. Nur so kann er abschätzen, welche Behandlung bei welchem Patienten die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit für eine Besserung der Erkrankung erwarten lässt.

Zur Verletzlichkeit der Therapeuten

Wenn man über Qualitätssicherung spricht, muss man auch die psychische Gesundheit der Therapeuten im Auge behalten. Im Hinblick auf psychische Störungen ist das Gesundheitsrisiko von Ärzten, insbesondere

die Suizidrate bei 45–65-jährigen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (vgl. [16]). Ärztinnen haben zudem die höchste Suizidrate aller Frauengruppen. Neben Suiziden kommen bei Ärzten Depressionen und besonders Suchterkrankungen häufiger vor. Partnerschaftsprobleme sind ebenfalls überrepräsentiert. Die Trennungs- und Scheidungsraten sind überdurchschnittlich hoch, ebenso auch psychosomatische Beschwerden der Ehefrauen von Ärzten.

Psychiater und Psychotherapeuten haben wiederum von allen medizinischen Fachgruppen das höchste Suizidrisiko. Ursache mag sein, dass die Motivation, Therapeut zu werden, auch etwas mit eigener Sensibilität, Verletzlichkeit und Bedürftigkeit zu tun hat, worauf Reimer ([16], S. 76) deutlich hingewiesen hat: «Die permanente Konfrontation mit psychisch gestörten Patienten kann für Psychotherapeuten, wenn sie selbst nicht gerade über eine sichere innere Stabilität verfügen, zu somatischen und/oder psychischen Symptomen führen, die ihrerseits die Qualität der Arbeit mit Patienten beeinträchtigen können.»

In diesem Zusammenhang ist auch der nicht seltene Missbrauch von Patientinnen, die Verletzung des Abstinenzgebotes zu nennen. Etwa 10% aller Psychiater bzw. Psychotherapeuten haben nach einer Untersuchung von Reimer [15] einen solchen Missbrauch angegeben. Missbrauch ist demnach offensichtlich kein Problem von Anfängern, sondern eher eines der Erfahrenen mit bereits seit längerem abgeschlossener Weiterbildung und genügend Berufserfahrung. Auch dieser Bereich stellt eine dringende, bislang zu wenig bearbeitete Aufgabe für Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie dar.

Psychotherapie als neurobiologische Methode?

Noch zu Freuds Zeiten suchte die Psychiatrie «die körperlichen Bedingungen der Seelenstörungen auf und behandelte sie wie andere Krankheitsanlässe» ([5], S. 263). Heute sollte Psychotherapie eher einen Spezialfall psychiatrischer Behandlung darstellen; die Anwendung und Integration verschiedener psychotherapeutischer Methoden ist, wie beschrieben, Bestandteil jeder mehrdimensionalen psychiatrischen Behandlung. Dies stellt eine logische Konsequenz der bei den meisten psychischen Krankheiten festzustellenden doppelten Verursachung durch körperliche Vulnerabilität einerseits und psychosozialen Stress andererseits dar.

Freud selbst erkannte schon früh den Wert biologischer Denkweisen ([6], S. 65): «Die Biologie ist wahrscheinlich ein Reich der unbegrenzten Möglichkeiten, wir haben die überraschendsten Aufklärungen von ihr zu erwarten und können nicht erraten, welche Antworten sie auf die von uns an sie gestellten Fragen einige Jahrzehnte später geben würde. Vielleicht gerade solche, durch die unser ganzer künstlicher Bau von Hypothesen umgeblasen wird.»

Die Psychoanalytiker müssen ihre Annahmen auf die Couch legen: Die Zeit ist vorbei, in der sie sich im Ohrensessel zurücklehnd und deutend aus der Kritik nehmen konnten und Unantastbarkeit für sich einforderten. Heute stehen uns – im Gegensatz zu Freuds Zeiten – verschiedenartige, insbesondere auch neurobiologische Methoden zur Verfügung, die psychoanalytischen Annahmen zu überprüfen; wir sollten diese Chancen nutzen. Nur so kann Psychoanalyse ihren Status als Wissenschaft vom Menschen behaupten und sich fortentwickeln als Persönlichkeitstheorie und als klinische, diagnostische und therapeutische Methode. Kernberg ([11], S. 494) hat dies so formuliert: «Meines Erachtens ist die Frage, ob sich die empirische Forschung auch auf die Situation der Psychoanalyse selbst anwenden lasse, mithin auf die psychoanalytische Methodologie im engeren Sinne, empirisch zu beantworten und nicht philosophisch.»

Wenn psychotherapeutische, hier tiefenpsychologische Interventionen Erleben und Verhalten beeinflussen, woran ja kein Zweifel besteht, müssen die entsprechenden neurobiologischen, psychophysiologischen Korrelate aufgeklärt werden. Dieses interdisziplinäre Vorgehen, ganz im Sinne Freuds, könnte zu einer Renaissance der Psychoanalyse führen, könnte der bestehenden Verkrustung entgegenwirken und dazu beitragen, den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten im Rahmen der Diskussion um Qualitätssicherung aktiv zu begegnen.

Damit ist gemeint, dass es heute zunehmend mehr möglich ist, Erleben und Verhalten nicht nur von aussen her zu beobachten und objektiv zu beschreiben. Vielmehr stehen uns heute Methoden wie die Positronenemissionstomographie oder die funktionelle Kernspintomographie zur Verfügung, mit der wir die regionalen Gehirnaktivitäten direkt messen können – z.B. während depressiver Kognitionen. Wir können damit psychopathologische Veränderungen darstellen und auf ihr zerebrales Organ bzw. Netzwerk zurückführen.

An einem Beispiel der neurobiologischen Erforschung gelernter Hilflosigkeit, einem, wie es heisst, Konstrukt zur Entstehung unipolarer Depressionen, sollen diese Chancen verdeutlicht werden [19]. Zunächst bei Hunden und später auch bei Menschen konnte beobachtet werden, dass nach dem Erleben, auf eine Situation keine Kontrolle mehr ausüben zu können, Passivität, Aufgeben und Rückzug Folge sind. Menschen können in diesem Sinne hilflos, depressiv gemacht werden, wenn man ihnen unlösbare Anagramme zur Bearbeitung vorgibt. Anagramme sind Buchstabenkombinationen, die zu einem Wort zusammengesetzt werden können.

Wenn nun mehrere unlösbare Anagramme hintereinander gezeigt werden und die Probanden keinerlei Möglichkeiten mehr sehen, zu einer Lösung zu gelangen (es wird ihnen gesagt, dass auch diese Kombinationen zu Lösungen führen und ein Misserfolg an ihren intellektuellen Leistungsfähigkeiten zweifeln lasse), geraten sie schnell in einen Zustand der Hilflosigkeit und Depressivität,

der sie von weiterem sinnvollem Handeln abhält.

Dieses Paradigma wurde in einer experimentellen Untersuchung angewandt, während gesunde Probanden in einem PET-Tomographen lagen [19]. Gleichzeitig während der Präsentation von Anagrammen wurde der regionale zerebrale Blutfluss bei gesunden Probanden quantifiziert. Eine Bedingung mit lösbaren wurde einer Situation mit unlösbaren Anagrammen gegenübergestellt. Bei der lösbaren Situation, der Kontrollbedingung, sind vor allem Gedächtnisfunktionen beteiligt, entsprechend konnte eine Blutflusssteigerung im Hippocampus festgestellt werden.

Während der unlösbaren Anagramme dagegen gaben die Probanden auf, versuchten nicht mehr, die Aufgabe zu lösen. Entsprechend konnte eine regionale Blutflussabnahme im Hippocampus festgestellt werden. Die für emotionales Erleben, insbesondere negativen Affekt wichtige Amygdala zeigte während der Erfahrung von Hilflosigkeit eine Aktivitätszunahme. Noch deutlicher wurde dieser Effekt im Bereich der benachbarten Mamillarkörper, Regionen, bei denen man davon ausgeht, dass sie ganz wesentlich zum emotionalen Erleben beitragen. Hier war eine massive Blutflusssteigerung während der gelernten Hilflosigkeit zu beobachten. Möglicherweise stellt dieses reziproke System das neurophysiologische Substrat der gelernten Hilflosigkeit dar.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass ganz spezifische Erlebens- und Verhaltensprozesse, die wir durch psychotherapeutische Interventionen beeinflussen wollen, einer neurobiologischen Diagnostik und Verlaufskontrolle zugänglich sind. Damit ist es grundsätzlich möglich, psychotherapeutisch wirksame Konstrukte auf ihre zugrundeliegenden biologischen Substrate zurückzuführen, sofern sie ganz oder teilweise entsprechend determiniert sind.

Dass die früher so genannten Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, wissen wir durch Griesinger und Meynert seit über 100 Jahren. Wie lange bekannt ist, liegen dem menschlichen Erleben zentralnervöse Vorgänge zugrunde, die selbst wiederum die verschiedensten und z. T. mit dem heute zur Verfügung stehenden Methodeninventar nicht fassbaren Ursachen haben können. Die experimentelle Untersuchung von psychotherapeutisch relevanten Konstrukten könnte den Weg bereiten zum Verständnis der Ursachen und der Therapiemöglichkeiten psychischer Beeinträchtigungen. Wyrsh beklagte sich schon 1949 darüber, dass Psychotherapie «durch die sogenannten neuen Behandlungsverfahren zwar nicht aus der Tätigkeit des Anstaltsarztes verdrängt worden (ist), wohl aber aus dem wissenschaftlichen Interesse, denn seither liest man nur selten von ihr ...» ([21], S. 10). Empirische Psychotherapieforschung muss nach Art und Umfang, interdisziplinär und integrativ, wieder ein bedeutender Teil der psychiatrischen Wissenschaft werden.

- 1 Buchheim P, Triebel A, Stell R. Konzept einer curricularen psychotherapeutischen Weiterbildung und deren Einschätzung durch die teilnehmenden Ärzte. *Prax Psychoth Psychosom* 1992;37:69–80.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. DGPPN-Memorandum zur Verbesserung der Psychotherapieforschung in Deutschland. *Nervenarzt* 1996;67:707–9.
- 3 Frank JD. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. New York: Schocken; 1974.
- 4 Frank M, Fliegenbaum W. Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Z Klin Psychol* 1994;23:268–75.
- 5 Freud S. Allgemeine Neurosenlehre. *Gesammelte Werke*, 11. Bd. London: Imago; 1948.
- 6 Freud S. Jenseits vom Lustprinzip. *Gesammelte Werke*, 13. Bd. London: Imago; 1948.
- 7 Freud S. Die Frage der Laienanalyse. *Gesammelte Werke*, 14. Bd. London: Imago; 1948.
- 8 Grawe K, Braun U. Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. *Z Klin Psychol* 1994;23: 242–67.
- 9 Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- 10 Heimann H. Die quantitative Analyse mimischer Bewegungen und ihre Anwendung in der Pharmako-Psychiatrie. *Arzneimittelfo* 1966;16:294–7.
- 11 Kernberg O. Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse. *Psyche* 1994;48:483–508.
- 12 Lange A. Nicht schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychol Rund* 1994;45:148–56.
- 13 Mergenthaler E, Kächele H. Die Ulmer Textbank. *Psychoth Psychosom Med Psychol* 1994;44:29–35.
- 14 Meyer AE, Richter R, Grawe K, v. der Schulenburg JM, Schulte B. Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesgesundheitsministerium, Bonn. 1991.
- 15 Reimer C. Abhängigkeit in der Psychotherapie. *Prax Psychoth Psychosom* 1990;35:294–305.
- 16 Reimer C. Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychoth* 1994;39:73–8.
- 17 Schneider F, Buchkremer G. Weiterbildung in Psychotherapie: Ein Aspekt von Qualitätssicherung. *Psycho* 1995;21:220–228.
- 18 Schneider F, Heimann H, Himer W, Huss D, Mattes R, Adam B. Computer-based analysis of facial action in schizophrenic and depressed patients. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci* 1990;240:67–76.
- 19 Schneider F, Gur RE, Alavi A, Seligman MEP, Harper Mozley L, Smith RJ, et al. Cerebral blood flow changes in limbic regions induced by unsolvable anagram tasks. *Am J Psychiat* 1996;153:206–12.
- 20 Schulte D. Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychol* 1993;22:374–93.
- 21 Wyrsh J. Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise, Bern: Haupt; 1949.