

38 Wirksamkeitsforschung

Anfangs (zu Breuers und Freuds Zeiten) wurde die Wirksamkeit von Psychotherapie durch Fallberichte »belegt«. Freuds berühmte Fallbeschreibungen (»Dora«, »Wolfsmann«, »Rattenmann« etc.) brachten ihm sogar einen Literaturpreis ein. Aber auch heute noch werden ausführliche Fallbeschreibungen zur Demonstration der Wirksamkeit von Behandlungen, beispielsweise bei schweren oder seltenen Störungen, erstellt.

Fallberichte beinhalten die Beschreibung des jeweiligen Ausgangszustandes, des therapeutischen Prozesses sowie des Ergebnisses aus der Sicht des Behandlers. Solche Fallbeschreibungen haben ihre Bedeutung aber eher für Diskurse innerhalb von Psychotherapieverfahren – als Belege für die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens werden sie üblicherweise nicht anerkannt, zumindest nicht außerhalb des jeweiligen Verfahrens.

Bei retrospektiven Befragungen werden ehemalige Psychotherapiepatienten be-

fragt. Ein bekanntes Beispiel ist die sogenannte »Katamnese-Studie« (Leuzinger-Bohleber et al., 2003), die eine Vielzahl von interessanten Ergebnissen in Bezug auf das Erleben von ehemaligen Psychoanalyse-Patienten erbrachte. Heute haben retrospektive Studien *als Wirksamkeitsbelege jedoch kaum noch Bedeutung*, da ihre Aussagekraft (zumindest von den Kritikern der jeweiligen »Schule«) in Zweifel gezogen wird.

Heute gelten als Nachweise der Wirksamkeit eigentlich nur noch **prospektive Studien**, bei denen a priori festgelegte Kriterien (Symptome, Diagnosen, subjektive Leidenszustände, Beziehungsqualität, Lebensqualität etc.) zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden: unbedingt vor/bei Behandlungsbeginn, bei Behandlungsende sowie zu einem hinreichend langen Zeitpunkt nach Behandlungsabschluss (Katamnese). Zur Frage der angemessenen Erfassung von Therapieerfolg oder -misserfolg siehe unten.

38.1 Designfragen, Wirksamkeiten und Evidenzen

Die Frage, welches Studiendesign zur Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie notwendig oder angemessen ist, ist keineswegs abschließend beantwortet. Dies liegt vor allem daran, dass es verschiedene *Varianten der Wirksamkeitsfragestellung* gibt. Je nach Variante stehen *unterschiedliche Validitätsaspekte* im Vordergrund.

38.1.1 Efficacy und Effectiveness – Fragestellung und Design

Die beiden wichtigsten Varianten der Wirksamkeitsfragestellung werden mit den englischen Begriffen »efficacy« und »effectiveness« benannt.

Bei **Efficacy-Studien** geht es um den Nachweis der spezifischen Wirksamkeit einer spezifischen therapeutischen Maßnahme auf ein spezifisches klinisches Phänomen (Symptome, spezifische Störung). Dies beinhaltet den Nachweis, dass die gemessenen Wirkungen ohne den Einsatz der Maßnahme ausbleiben und nicht auf andere Einflussfaktoren zurückgeführt werden können. Angestrebt wird eine möglichst hohe interne Validität, d.h. hier: Unterschiede in der Wirksamkeit sollen möglichst exakt auf Unterschiede in spezifischen angewendeten therapeutischen Maßnahmen zurückgeführt werden können. Dies soll durch eine maximale Kontrolle möglicher weiterer Einflussvariablen (bzw. deren Zufallsverteilung) erreicht werden. Analog dazu wird in pharmakologischen Studien die spezifische Wirkung eines spezifischen *Verums* untersucht. Vergleiche der Efficacy verschiedener Behandlungsformen setzen voraus, dass diese Behandlungsformen sich weder in ihrer Dauer noch Behandlungsintensität unterscheiden.

Da Efficacy-Studien der Frage nach der spezifischen Wirkung einer spezifischen Maßnahme auf ein spezifisches klinisches Phänomen (Symptome, spezifische Störung) nachgehen, werden in efficacy-Studien im »Idealfall« nur *mono-symptomatisch gestörte Patienten* einbezogen, also beispielsweise nur Patienten mit Panikstörung ohne weitere psychische Störungen oder nur Patienten mit einer mittelgradigen Major Depression Episode ohne weitere Komorbiditäten. Zur Ermittlung der Efficacy sind **RCT-Studien-Designs** (RCT = **randomized controlled trial**) notwendig. Efficacy-Studien bzw. Wirksamkeitsstudien mittels RCT-Studien-Designs haben sich innerhalb der *evidence based medicine* (EBM) als Voraussetzung für die höchste Evidenzstufe (genauer siehe unten) durchgesetzt und werden vielfach als »Goldstandard« (Chambless & Hollon 1998; Chambless & Ollendick 2001) der Wirksamkeitsforschung bezeichnet.

Die **Logik der RCTs** lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die zufällige Zuteilung der Patienten zu den Behandlungsmethoden (Randomisierung) soll dafür sorgen, dass sich individuelle Patienteneigenschaften, die möglicherweise einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnten (auch solche, die nicht erfasst werden, weil sie bisher unbekannt sind), stochastisch ausgleichen. Dadurch, dass die Zuteilung nicht von Menschen gemacht wird, soll auch ausgeschlossen werden, dass »implizite« Indikationskriterien wirksam werden oder ein unbewusster *bias* praktiziert wird. Dies wäre beispielsweise dann gegeben, wenn einem Verfahren die »leichteren Fälle« zugeteilt werden, was einen Wirksamkeitsvergleich natürlich verunmöglichen würde. Das »controlled« bezieht sich auf das Vorhandensein einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. In pharmakologischen Wirksamkeitsstudien besteht die Vergleichsgruppe aus Patienten, die mit einem Placebo behandelt werden (und/oder mit einem bereits etablierten Medikament), wobei die Verabreichung »doppel-blind« erfolgt: Weder Patient noch die Behandler wissen, ob es sich bei der verabreichten Substanz um ein Placebo oder um das Verum handelt. Weder Placebos noch Doppelblinddesigns sind in der Psychotherapieforschung möglich (obwohl das immer wieder gefordert wird). Eine reine Placebotherapie ist nicht realisierbar, da beispielsweise auch in einem nicht-therapeutischen Gesprächssetting (mit regelmäßigen Treffen in geschützter Atmosphäre und einem emotional zugewandten »Schein-Therapeuten«) eine Reihe von unspezifischen Wirkfaktoren zum Tragen kommen können. Für eine Doppelblindanordnung dürfte selbst der behandelnde Therapeut nicht wissen, ob er Therapie macht oder nicht. Daher werden in Psychotherapiestudien als Vergleichsgruppen entweder unbehandelte Wartegruppen (dies geht aus ethischen Gründen nur bei der Untersuchung von Kurztherapien), TAU-Gruppen (TAU

= treatment-as-usual)¹⁷⁴ oder andere, bereits etablierte Psychotherapieverfahren herangezogen. Das »controlled« bezieht sich in RCTs mittlerweile aber nicht mehr nur auf das Vorhandensein einer Kontrollgruppe: Auch nach randomisierter Zuteilung der Patienten sollte eine statistische Kontrolle der Gleichverteilung von erfassten Kovariaten (Störungsschwere, Komorbidität, Alter, Geschlecht, Bildung etc.) erfolgen. Zudem wird üblicherweise gefordert, dass eine Kontrolle der durchgeführten Behandlungen erfolgt (die Kontrolle der sogenannten *adherence* oder *treatment integrity*) – es soll sichergestellt werden, dass die Therapeuten sich auch wirklich an die vorgegebene Behandlungstechnik halten.

Sind alle diese Bedingungen erfüllt, wird davon ausgegangen, dass gemessene Unterschiede in den abhängigen Variablen (Therapieerfolg) mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die unabhängige Variable (Therapieme-

thode/-technik) zurückzuführen sind. RCTs gelten also als Voraussetzung für eine hohe *interne Validität*.

Allerdings gibt es seit Jahren substanzielle Kritik an RCTs als »Goldstandard« in der Psychotherapiewirksamkeitsforschung (Seligman 1995; Beutler 1998; Leichsenring 2004; Wachtel 2010). David Orlinsky (2008) unterzieht das vorherrschende biomedizinisch geprägte Paradigma der Psychotherapieforschung einer schonungslosen Kritik.¹⁷⁵ Orlinsky bezieht sich auf Konzept des Paradigmas bzw. der »Normalwissenschaft« (Kuhn 1981); ein solches Paradigma »enthält Annahmen über Theorien und Methoden, die von den Personen, die sie anwenden, in der Regel nicht mehr infrage gestellt werden, und daher selten Gegenstand kritischer Reflexion sind. Stattdessen richtet sich die Kritik gegen Studien, die nicht diesem gängigen Forschungsansatz folgen« (Orlinsky 2008, S. 346).

Orlinsky (2008) arbeitet die »impliziten – und daher üblicherweise nicht hinterfragten – Annahmen unseres Paradigmas« (a. a. O., S. 346), der RCT-Designs, heraus:

1. Durch die Randomisierung soll die Äquivalenz der Gruppen »statistisch« erzielt werden, d. h. individuelle Unterschiede in den Patientenvariablen, die das Therapieergebnis beeinflussen könnten, gleichen sich dadurch aus, dass die Patienten zufällige in die Behandlungsbedingungen aufgeteilt werden.
2. Dies könnte entweder nur durch ausreichend große Stichproben gewährleistet werden (die üblichen Stichprobengrößen der Psychotherapievergleichsstudien sind zu klein) oder aber durch den Zusammenschluss einer großen Anzahl von Studien, in denen exakt das gleiche Studiendesign verwendet wurde (was aber nicht gemacht wird).
3. Laut Orlinsky (2008) beinhaltet daher »die Hypothese, eine randomisierte Zuordnung in RCTs führe zu gleichen Voraussetzungen in den verschiedenen Gruppen, Elemente magischen Denkens« (ebd., S. 346).

174 Das sind meist Patienten, deren Behandlung in der Inanspruchnahme der *üblichen* Gesundheitsversorgung besteht. Meist sind dies Konsultationen bei Hausärzten, Psychiatern oder Beratungsstellen, die aber im Studiendesign nicht festgelegt werden. Die Patienten nehmen diese Versorgungsleistungen nach ihrem eigenen Bedarf in Anspruch.

175 Das ist umso bemerkenswerter, da Orlinsky als »sicher einer der einfluss- und kenntnisreichsten Psychotherapieforscher der letzten Jahrzehnte« (Strauß 2008, 341) gilt.

4. Die Annahme, dass Psychotherapien »aus einzelnen und spezifizierbaren Verfahren oder Techniken bestehen, die gelehrt, gelernt und angewandt werden können« (a.a.O., S. 346). Das wiederum impliziert, dass »der betrachtete ›Akteur‹ der untersuchten Behandlung [...] eigentlich nicht der Therapeut als Individuum [ist], sondern vielmehr ein spezifischer Satz *manualisierter Therapietechniken*, in denen der Therapeut bis zu einer bestimmten *Kompetenzstufe* ausgebildet ist und deren genaue *Einhaltung* vom Therapeuten erwartet wird« (Orlinsky 2008, S. 347). Erstens wird damit das vom Therapeuten ausgehende Agens extrem verkürzt – um alle weiteren Therapeutenvariablen, die potenziell einen Einfluss auf das Ergebnis nehmen könnten, in den Vergleichsgruppen ebenfalls äquivalent zu machen, *müssten also auch die Therapeuten randomisiert einer Technik zugeteilt werden!* Da nur Patienten randomisiert werden, ist »die logische Konsequenz dieses Verfahrens ..., dass Vergleiche zwischen Behandlungsbedingungen in Wirklichkeit die Therapeuten-Behandlungs-Interaktion widerspiegeln und *keine* Haupteffekte der Behandlung« (a.a.O., S. 346; vgl. auch Elkin 1999; Wampold 2001).
5. Die Annahme, »dass die relative *Wirksamkeit* (efficacy) dieser Verfahren zur Behandlung einzelner und spezifizierbarer psychischer oder Verhaltensstörungen unter *kontrollierten Laborbedingungen* festlegt, welche Therapien in *klinischen Settings* am wirksamsten sind« (a.a.O., S. 346). Hier ist das Transferproblem in die reale Behandlungspraxis, also die externe Validität, angesprochen. Die in RCT-Studien üblicherweise vorgenommene Beschränkung auf mono-symptomatische Störungen in Verbindung mit manualisierten und hochgradig kontrollierten Behandlungen sind auf die psychotherapeutische Praxis im Grunde genommen nicht übertragbar, da die bei Weitem überwiegende Anzahl von Patienten ein beträchtliches Ausmaß an Komorbidität aufweist und sich Praktiker nicht so stringent an Behandlungsmanuale halten – aus dieser Perspektive hat bisher kaum ein Psychotherapieverfahren seine Wirksamkeit unter realen Praxisbedingungen nachgewiesen (vgl. Westen & Morrison 2001; Revenstorf 2005).

Orlinsky resumiert in Bezug auf die Dominanz der RCT-Studien: »Meiner Meinung nach steht fest, dass das vorherrschende Paradigma, dem die ›Mainstream‹-Therapieforschung folgt, die menschlichen Realitäten der Psychotherapie nicht adäquat abbildet und aus diesem Grund nicht *wirklich* wissenschaftlich ist« (Orlinsky 2008, S. 347).¹⁷⁶

Für die Wirksamkeit von Psychotherapie unter realen Praxisbedingungen wurde der Begriff der *Effectiveness* eingeführt. Zur Untersuchung dieser Wirksamkeit sind sogenannte *naturalistische* oder *quasi-experimentelle* Studiendesigns angemessen, die eine hohe *externe Validi-*

tät ermöglichen, d.h. die gefundenen Ergebnisse (z.B. unterschiedliche Verbesserungen der Patienten, die mit unterschiedlichen Therapien behandelt wurden) lassen sich auf *üblicherweise durchgeführte Behandlungen* übertragen, somit auf die Alltagspraxis.

¹⁷⁶ Eine interessante Pro- und Kontra-Debatte zur Frage der Relevanz von RCT-Studien für die klinische Praxis findet sich bei Hollon & Wampold (2009).

Die Behandlungsformen werden unter naturalistischen Bedingungen, d.h. entsprechend der üblichen Behandlungsroutine, untersucht und deren Ergebnisse verglichen. Die Patienten werden daher nicht per Zufall den Behandlungsgruppen zugeteilt (da eine Randomisierung dem »natürlichen« Verlauf des Beginns einer Psychotherapie widerspricht und das *Sichfinden* bzw. die erlebte *Passung* von Patient und Therapeut als wichtiger Aspekt von Psychotherapie gilt), sondern der Zugang der Patienten zum jeweiligen Behandler erfolgt wie sonst auch üblich. Zudem ist hier entscheidend, dass die untersuchten Patienten denjenigen in der Alltagspraxis entsprechen, d.h. insbesondere, dass nicht nur Patienten mit isolierten Störungen untersucht werden, sondern Patienten mit der auch sonst üblichen (und entsprechend hohen) Komorbidität.

Da aber natürlich auch hier die Vergleichbarkeit der Patienten in den untersuchten Behandlungsgruppen entscheidend ist, erfolgt die *Herstellung von Äquivalenz der Gruppen*

üblicherweise durch *Parallelisierung* der Patienten entlang der bekanntermaßen das Behandlungsergebnis beeinflussenden Variablen. Dieses Vorgehen erscheint insbesondere bei den üblicherweise eher kleinen Stichproben am angemessensten. Allerdings bedeutet dies die Erfassung einer ganzen Reihe von Variablen. Der Erfolg des ganzen Prozesses hängt davon ab, ob auch wirklich anhand der »entscheidenden« Variablen parallelisiert wird. Die neben den komorbiden psychischen Störungen und der Störungsschwere üblicherweise verwendeten Variablen sind soziodemographische Variablen, wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand etc. Mangels anerkannter Theorien zur Selektion von Patientenvariablen, werden diese allerdings eher *atheoretisch* ausgewählt (Orlinsky, 2008).

Tabelle 38.1 enthält eine Gegenüberstellung der beiden Wirksamkeitsüberprüfungsarten.

Wie ersichtlich, haben die beiden Untersuchungsformen unterschiedliche Zielset-

Tab. 38.1: Gegenüberstellung der Merkmale von *efficacy*- vs. *effectiveness*-Studien.

Studiendesign	Efficacy	Effectiveness
Fragestellung	spezifische Wirkung einer spezifischen Methode auf ein spezifisches klinisches Phänomen (Kausalität)	patientenrelevante Wirksamkeit eines Therapieverfahrens unter realen Bedingungen
Studientyp	RCT	naturalistisch
Patientenzuteilung	randomisiert	wie in Alltagsroutine
Patienten	monosymptomatisch gestörte Patienten	Patienten mit »üblicher« Komorbidität
Kontrollbedingung	andere umschriebene Maßnahmen mit gleicher zeitlicher Intensität aber ohne die spezifische Methode	treatment as usual (TAU) oder andere umschriebene therapeutische Maßnahmen
Sicherung der Vergleichbarkeit	durch Randomisierung sowie Stratifizierung von Patientenmerkmalen	durch Parallelisierung der Patienten in den Vergleichsgruppen
Behandlung	Ausschließlich manualisierte und standardisierte Intervention	Intervention wie in klinischer Alltagspraxis; Kontrolle weiterer Maßnahmen
abhängige Variable	spezifisches klinisches Phänomen (z. B. spezifisches Symptom, spezifische Störung)	Summe der psychischen Beschwerden, Symptome und Störungen; allgemeine psychische Gesundheit
Katamnese	kurze Katamnesen ausreichend	lange Katamnesen erforderlich

zungen. »Analog zur internen und externen Validität ergänzen Efficacy und Effectiveness einander komplementär, können sich jedoch nicht gegenseitig ersetzen. Die Evaluation eines Verfahrens unter den Bedingungen der Alltagsroutine kann nicht als Nachweis der spezifischen Wirksamkeit des angewendeten Therapieverfahrens interpretiert werden und umgekehrt kann nicht aus dem positiven Ergebnis in einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie automatisch auf die Wirkung unter Alltagsbedingungen geschlossen werden« (Margraf 2009, S. 14).

In der Psychotherapieforschungspraxis sind aber auch etliche RCT-Studien keine efficacy-Studien im strengen Sinne, da sich beispielsweise die Betreuungsintensität der Vergleichsbehandlungen unterscheidet, die Stichproben auch komorbid gestörte Patienten beinhalten (Stirman et al. 2003; meist dann schlecht dokumentiert, z. B. Marchand et al. 2009) und sich die Behandler nicht exakt an die vorgegebenen Manuale halten.

Immerhin zeigen Westen & Morrison (2001) in einer Metaanalyse von Studien zur Behandlung von Depression und Angst, dass die Wirksamkeit umso höher ausfällt, je mehr Ausschlusskriterien es in der Studie gibt. RCTs haben in der Regel strengere Ausschlusskriterien als Feldstudien. Je spezieller also eine Intervention auf eine Patientengruppe zugeschnitten ist, desto besser kann ihre Wirksamkeit belegt werden – in den gängigen Behandlungsleitlinien werden diese Studien dann aber für die Wirksamkeit eines *ganzen Verfahrens* für *alle* Patienten mit der entsprechenden Störung inklusive der Komorbiditäten herangezogen, obwohl die Generalisierbarkeit fraglich ist.

Der Erfassung von **Komorbidität** wird in Zukunft eine große Bedeutung zukommen (► Kap. 27) und sie sollte in jeder Wirksamkeitsstudie entsprechend berücksichtigt werden. Eine aus meiner Sicht vernünftige Lösung wäre die Parallelisierung anhand von

ökologisch validen Komorbiditätsclustern (in der Realität häufig vorkommende Kombinationen von Störungen) inklusive Strukturniveau oder Persönlichkeitsfunktionsniveau (neben den üblichen Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand etc.). Nur so können einerseits praxisrelevante Patientengruppen untersucht werden, die aber dennoch eine hinreichend erwartbare Äquivalenz aufweisen. Somit würden wichtige Aspekte der internen *und* der externen Validität gleichzeitig erfüllen werden.

Der Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiewirksamkeitsstudien des WBP unterscheidet drei Bereiche:

- A. Kriterien zur Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität,
- B. Kriterien zur Bewertung der internen Validität,
- C. Kriterien zur Bewertung der externen Validität.

Als Konsequenz aus der deutlichen Kritik an einer einseitigen Orientierung an RCTs hat der *Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie* (WBP) in Deutschland 2007 einen detaillierten *Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiewirksamkeitsstudien* (in der aktuellen Version: WBP 2010) vorgelegt, wobei die geforderten Kriterien einen Kompromiss zwischen Aspekten der internen und externen Validität beinhalten.

Insbesondere die Kriterien aus B und C widersprechen sich naturgemäß teilweise: So ergibt eine randomisierte Patientenzuweisung eine hohe Punktzahl für die interne Validität aber eine niedrige für die externe Validität. Für jeden der drei Bereiche sind Mindestanforderungen festgelegt. Zudem formuliert der WBP Kriterien zur **Beurteilung der Ergebnisse einer Studie** (siehe ebenfalls das »Methodenpapier«).

Im Verbund mit den in Kapitel 28.1 skizzierten Kriterien in Bezug auf die *Theorie*, sind damit in Deutschland recht klare Vorgaben formuliert, unter welchen Bedingungen die Anerkennung als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren erteilt wird.

38.1.2 Messung der Veränderungen

Für die Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie bzw. für Wirksamkeitsvergleiche zwischen verschiedenen Therapieverfahren ist entscheidend, dass die Beurteilung anhand von möglichst *konsensfähigen* Veränderungskriterien erfolgt, dass es also einen Konsens darüber gibt, mit welchen Messungen zwischen »erfolgreichen« und »nicht erfolgreichen« Behandlungen unterschieden werden kann. »Ein solcher Konsens existiert allerdings nicht« (Margraf 2009). Die Messung von Therapieerfolg ist immer noch äußerst vielfältig: Froyd et al. (1996) beispielsweise fanden in 348 Psychotherapiestudien (publiziert zwischen 1983 und 1988) 1430 verschiedene Maße für den Therapieerfolg; und Lambert & Hill (1994) zeigen an einem Beispiel, dass die »Erfolgsquote« in ein und derselben Studie in Abhängigkeit von der Wahl verschiedener Erfolgsindikatoren zwischen 6,39 % und 69 % schwanken kann.

Abgesehen von der Problematik der Wahl des angemessenen Erfolgsmaßes, bestehen in verschiedenen Therapieschulen prinzipielle Vorbehalte gegenüber quantifizierenden Messungen von durch Psychotherapie erreichten Veränderungen. So argumentieren Psychoanalytiker (aber auch Vertreter anderer Schulen) häufig, dass sich die »eentlichen« Veränderungen im Bereich unbewusster Strukturen vollziehen, die sich nun einmal nicht quantifizieren lassen; Veränderungsprozesse seien zudem derart individuell, dass quantifizierende Vergleiche mittels standardisierter Maße sinnlos seien;

die Konzentration auf die Veränderung von Beschwerden und Symptomen sei zu oberflächlich, um die tatsächlichen Veränderungen abzubilden; Psychotherapie sei weit mehr, als eine Methode zur Reduzierung von Symptomen, sodass Symptomveränderungen alleine wenig über den Erfolg eines therapeutischen Prozesses aussagen etc.

Diese Einwände sind zwar nicht von der Hand zu weisen – daraus aber eine generelle Ablehnung gegenüber empirischen Studien zur Dokumentation von (auch symptomatikbezogenen) Veränderungen abzuleiten, erscheint verfehlt und insbesondere gegenüber den Patienten unethisch, die Hilfe suchen. Patienten kommen üblicherweise aufgrund ihrer psychischen Störungen zum Psychotherapeuten, mit dem klaren (und nachvollziehbaren) Anliegen, dass die ihm angebotene Therapie zur Heilung oder zumindest Linderung eben dieser Beschwerden beiträgt. Die Frage eines Patienten, ob die Wirksamkeit der vom Therapeuten praktizierten Therapie für den Beschwerdebereich des Patienten belegt ist, erscheint vollkommen legitim. Das gilt auch für Therapieformen, deren Veränderungsstrategien wenig bis gar nicht an der manifesten Symptomatik ansetzen. Letztlich gilt es auch hier zu zeigen, dass Veränderungen in den vom jeweiligen Verfahren als relevant angesehenen Bereichen mit Veränderungen auf der Ebene der manifesten Beschwerden einhergehen. Gleichgültig an welcher psychischen Dimension psychotherapeutisch primär gearbeitet wird, am Ende sollte sich dies immer auch auf der Ebene der subjektiven Beschwerden positiv auswirken. Ein Psychotherapieverfahren, welches psychische Störung nicht auch auf der Ebene der leidvollen Symptomatik positiv beeinflussen kann, ist kein Psychotherapieverfahren. Es ist selbstverständlich richtig, dass jede durchgeführte Behandlung sich auf den individuellen und für sich einzigartigen Menschen neu einstellen muss, dass damit jeder individuelle Therapieprozess ein einzigartiges Gesche-