

INDIVIDUELLE VERSUS STANDARDISIERTE THERAPIE EINE ANTWORT AUF DEN BEITRAG VON P. FIEDLER „EINE KRITIK (NICHT NUR) DER VERHALTENSTHERAPIE ...”

INDIVIDUAL VERSUS STANDARDIZED THERAPY – AN ANSWER TO THE ARTICLE BY P. FIEDLER „A CRITICISM (NOT ONLY) OF BEHAVIOR THERAPY....”

Thomas Deutschbein

Zusammenfassung

Der Beitrag greift die These von P. Fiedler auf, gute Therapeuten hielten sich eng an die Vorgaben ihrer Therapie-richtung, und besonders erfolgreich seien Therapeuten, wenn sie Behandlungsmanualen folgten. Er kommt zu dem Ergebnis, dass Therapiemanuale zwar erfolgreich sein können, aber nur unter bestimmten Voraussetzungen in Bezug auf die Störung und die Definition von Therapieerfolg. Je komplexer eine Störung ist und je mehr sie in der Persönlichkeit des Patienten verankert ist, desto notwendiger wird ein individuelles Vorgehen des Therapeuten. Der Beitrag plädiert für die Freiheit des Therapeuten, selbst die Therapie zu entwerfen, die für den Patienten am besten ist.

Schlüsselwörter

Therapiemanuale

Summary

This article refers to the proposition of P. Fiedler that effective therapists would organize their treatment along the guidelines of their psychological school of thought and would have a better chance of success by using treatment manuals. The author concludes that the use of therapeutic manuals can be successful, but only when relating to conditions of disorders and the definition of therapeutic success. The more complex a disorder and the more it is embodied within the personality of the patient the more essential an individual approach from the therapist is required. The article pleads for the therapist's freedom to develop the best course of treatment suitable for the patient.

Keywords

therapeutic manuals

In dieser Zeitschrift (2003, Bd. 8, Heft 2) hat Peter Fiedler einen bedenkenswerten Aufsatz über konkrete Probleme des Therapiealltags geschrieben. Der Aufsatz enthält eine Reihe wichtiger Punkte wie die Patientensicht in Bezug auf Psychotherapie, Verschlechterung durch eine Therapie, Therapieabbruch aus Sicht des Therapeuten und des Patienten und schließlich die Merkmale guter und schlechter Therapeuten – alles Punkte, mit denen wir als Praktiker ständig konfrontiert sind und die ohne Zweifel große Bedeutung haben. Fiedler beklagt, dass diese Punkte in der Forschung, gemessen an ihrer Wichtigkeit, zu wenig beachtet werden. Er plädiert vehement für eine stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive. Vieles, was Fiedler schreibt, findet meine völlige Zustimmung, z.B. dass ich bei „schwierigen“ oder abbrechenden Patienten erst mal bei mir nachschaue, ehe ich die „Schuld“ dem Patienten gebe, oder dass Therapie-Optimismus, mein starker Glaube, dass der Pat. aus seinen Schwierigkeiten herauskommen und zu einem lebenswerten Leben kommen kann, eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist. Fiedler kritisiert zu Recht bestimmte Interventionen wie z.B. „Beziehungsarbeit“, wenn bei nicht stimmiger Beziehung dem Patienten etwas aufgezwungen wird, was die Beziehung eher noch weiter verschlechtert. Als Verhaltenstherapeut habe ich da naturgemäß weniger Probleme.

Weiter geht Fiedler auf die Merkmale und Vorgehensweisen guter bzw. schlechter Therapeuten ein. Er stellt die (banale) Frage, ob es Therapeuten gäbe, die ihr Handwerkszeug besser verstünden als andere, und er schlägt vor, man könne erheblich zur Verbesserung therapeutischer Verfahren beitragen, wenn man insbesondere den guten Therapeuten genau über die Schultern schaute – eine Absicht, der ich uneingeschränkt zustimme.

Nun kommt aber seine These: Durchgängig sehr erfolgreiche Therapeuten hielten sich vor allem strikt an die Anweisungen und Vorgaben ihres Behandlungskonzepts bzw. ihres Therapieverfahrens. Besonders erfolgreich seien Therapeuten, die sich an therapeutischen Manualen orientierten.

Die Begründung für diese erst mal erstaunliche These lautet folgendermaßen: Therapeuten, die sich an klaren Vorgaben und Manualen orientierten, könnten von Anfang an die gegebenen Möglichkeiten der Behandlung klarer formulieren, und sie gelangten leichter zu gemeinsamen Zielformulierungen mit den Patienten; dadurch würde das Vertrauen in die Behandlung gestärkt. Hier stutzte ich erst einmal, denn logisch und schlüssig ist das für mich absolut nicht. Wenn ich individuell, ohne Manual behandle, kann ich genauso klar die Möglichkeiten meiner Behandlung formulieren; außerdem hat Klarheit der Formulierung nichts zu tun mit dem Erfolg der The-

rapie. Fiedler zitiert im Folgenden Hoffmann (2002, S.60) mit der Aussage, bei konkreten Behandlungszielen und Spezifizierung der Therapieziele würden unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie abnehmen. Die gesamte Datenlage würde eine eindeutige Tendenz dahingehend aufweisen. Auch diese Aussage verwundert mich. Denn ob die Therapieziele konkret und spezifisch oder allgemein und unspezifisch sind, hat nichts zu tun damit, ob die Therapie positiv oder negativ verläuft. Unerwünschte Therapiewirkungen haben gewöhnlich sehr viel mehr mit mangelnder Persönlichkeitsreife und Gefühlskontrolle des Therapeuten zu tun als mit der Art der vereinbarten Therapieziele.

Aber warum verweist dann „die Datenlage“ in diese Richtung? Ich möchte es mal so ausdrücken: Wenn ein mittelmäßiger oder gar untermittelmäßiger Therapeut eine umfassende Therapie der Persönlichkeit (= sehr allgemeines Therapieziel) versucht, wird er wahrscheinlich scheitern. Für einen solchen Therapeuten ist es in der Tat ratsam, konkrete und spezifische Therapieziele mit dem Patienten zu vereinbaren. Auch hat „die Datenlage“ mit der Erfassbarkeit von Therapiezielen zu tun: Konkrete, spezifische Therapieziele sind eben leichter erfassbar als allgemeine und unspezifische Ziele. Aber davon abgesehen hat die Art der Therapieziele nichts mit dem Erfolg der Therapie zu tun. Insoweit leuchten mir die Argumente von Fiedler nicht ein; sie scheinen aus meiner Sicht unzutreffend zu sein.

Nun verweist Fiedler, abgesehen von seinen Begründungen, ja auf Untersuchungen. In Bezug auf Verhaltenstherapie führt er vor allem die Studie von Schulte (1991) an. Diese Studie wird öfters zitiert als angeblicher Beweis der Überlegenheit von manualgestützter Therapie über freie Therapie, weswegen ich jetzt kurz auf sie eingehen möchte.

Schulte untersuchte die Therapie von Phobikern an drei Gruppen. Die erste Gruppe erhielt Therapie nach einem standardisierten Behandlungsmanual, bei der zweiten Gruppe war den Therapeuten freigestellt, wie sie vorgehen wollten (individuelle Passung). Die dritte Gruppe wurde wieder nach vorgegebenem Schema behandelt, nur war das Schema nicht allgemeiner Natur, sondern wurde von der zweiten Gruppe übernommen: Es wurden „Behandlungswillige“ gebildet zwischen zweiter und dritter Gruppe, indem der „Zwilling“ in der dritten Gruppe dieselbe Behandlung erhielt wie der entsprechende Patient in der zweiten Gruppe. In den Therapieerfolgsmessungen stellte sich eine Überlegenheit der Gruppe mit standardisierter Therapie gegenüber den anderen zwei Gruppen heraus, vor allem unmittelbar nach Therapieende; in der 6-Monats-Katamnese glich sich der Vorsprung wieder etwas aus. Der Vergleich zwischen der zweiten (individuelle Therapie) und der dritten Gruppe (Behandlungswillige, vorgeschriebene Therapie nach dem Muster der individuellen Therapie) ergab: „Ein direkter Vergleich der jeweiligen Zwillinge zeigt jedoch eindeutig, dass zwischen den beiden Gruppen kein Effektivitätsunterschied besteht. Die Patienten mit einer individuell geplanten Therapie sind genauso häufig ihren Zwillingen mit einer manualgebundenen Therapie überlegen wie umgekehrt. Der Faktor Passung scheint keine Relevanz zu haben. Es ist im Durchschnitt gleichgültig, ob die Behandlung eines Patienten mit der Diagnose Phobie nach

einem vorgegebenen Manual durchgeführt wird, das ohne Kenntnis des Patienten entwickelt wurde, oder ob die Behandlung auf den einzelnen Patienten individuell abgestimmt wurde“ (Schulte, 1991, S. 29).

So weit, so gut. Was ist also von diesem für Schulte („die vermutete Überlegenheit individueller Passung ...“, S 17) überraschenden Ergebnis zu halten?

Standardisierte Behandlung kann erfolgreich sein,

- wenn sie auf einem **stimmigen Veränderungsprinzip** beruht. Zum Beispiel ist es ein stimmiges Veränderungsprinzip bei der Behandlung von Angst, dass man die Angst nicht meidet, sondern sich ihr stellt. Ein standardisiertes Programm in Bezug auf Partnerprobleme kann hilfreich sein, wenn es stimmige Veränderungsprinzipien wie Zuhören, Achten des Partners, Selbstaussdruck, Fokus auf Gefühle usw. beinhaltet. Zahlreiche Selbsthilfebücher schildern stimmige Veränderungsprinzipien bei Angst, Depression, Selbstdurchsetzung, Glück in der Liebe usw. Selbsthilfebücher scheitern allerdings oft an der mangelnden Behandlungsstärke in der Selbstanwendung;
- wenn sie eine genügend große **Behandlungsstärke** aufweist;
- wenn die **Erfassung des Therapieerfolgs** auf der Ebene des Veränderungsprinzips erfolgt. Als Erfolg der Agoraphobie beispielsweise wird nur die Abnahme der Angst in den phobisch besetzten Situationen genommen und sonst nichts.

Alle drei Kriterien waren bei der Schulte-Studie erfüllt: Das Veränderungsprinzip „Reizkonfrontation“ war stimmig, Therapieerfolg wurde zumindest bei der Behandlungsgruppe, die standardisierte Therapie erhielt, als Abnahme der situativen Angst definiert und die Behandlungsstärke definiert durch die Anzahl und Zeitdauer der Expositionsübungen war hinreichend groß. So weit, so gut.

Viele „individuelle“ Therapien scheitern an mangelnder Behandlungsstärke (z.B. wenn die Therapie sich weitgehend darin erschöpft zu besprechen, was in der letzten Woche passiert ist) oder an **falscher Individualisierung** (unvollständige bzw. einseitige Erfassung der Patientenpersönlichkeit und/oder unvollständige bzw. einseitige Problemerkennung – letzteres oft bei Verhaltenstherapeuten, die zu symptomatisch behandeln und eine zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung nicht erkennen). Individualisierung so gesehen ist keine Garantie für Erfolg.

Was jetzt natürlich auftaucht, ist die Frage, ob sich für jede Störung ein standardisiertes Behandlungsmanual erstellen lässt, das individuelles Vorgehen überflüssig macht. Die Beantwortung dieser Frage hängt von zwei Vorklärungen ab: Was bezeichnen wir als Störung, und was bezeichnen wir als Erfolg. Eine psychische **Störung** ist in der Regel durch die Diagnosekataloge ICD und DSM definiert. Die dort beschriebenen Störungsbilder haben gemeinsam, dass sie sich an beobachtbaren Kriterien orientieren – und nicht beobachtbare Kriterien ausklammern. Die Agoraphobie wird als Angst in spezifischen Situationen definiert und ist mit dieser Art Definition ein dankbares Objekt von wissenschaftlich eingestellten

Verhaltenstherapeuten, weil sie sich scheinbar so klar erfassen lässt. Was bei dieser Definition völlig außer Acht gelassen wird, ist die Tatsache, dass eine Agoraphobie spezifische Vorbedingungen in der Persönlichkeit des Betroffenen hat: Es ist kein Zufall, ob sich eine Agoraphobie bei einem Menschen entwickelt oder nicht.

Eine enge Definition der Agoraphobie wird nur die Angst in der Situation beachten. Eine weite Definition wird die Vorbedingungen in der Persönlichkeit – ein zentrales Gefühl von Hilflosigkeit dem Leben gegenüber – umfassen. In der weiten Definition wird die symptomatische Störung zu einer spezifischen Form von Persönlichkeitsstörung.

Was als **Therapieerfolg** gesehen wird, wird je nach enger oder weiter Sichtweise völlig verschieden sein. Je mehr jedoch der Therapieerfolg nicht nur auf der Ebene des Symptoms, sondern auch auf der Ebene der Persönlichkeit gesehen wird, desto unabdingbarer wird ein individuelles Vorgehen in der Psychotherapie. Wenn ich eine Agoraphobie zusätzlich auf der Persönlichkeitsebene behandle, so wirke ich sehr viel mehr einem Rückfall entgegen, als wenn ich sie nur symptomatisch, wie bei Schulte beschrieben, behandle.

Hierzu ein Beispiel. Ein Patient von mir kam mit einer üblichen Agoraphobie – vor allem in Bezug auf Autofahren über längere Strecken, aber auch für Parkhäuser, Aufzüge und dergleichen. Ich führte die Therapie nach den üblichen Prinzipien durch, und sie war auch erfolgreich. Ich versuchte allerdings schon in dieser Therapie, auch die zugrunde liegenden Persönlichkeitsfaktoren anzusprechen. Der Patient wollte da nicht einsteigen, was auch okay ist – niemand soll mehr Therapie bekommen, als er möchte.

Zwei Jahre später erschien derselbe Patient wieder mit einem Rückfall; nach einer symptomfreien Zeit war die Angst so groß wie früher. Diesmal war er offen gegenüber einer weiter gefassten Form der Therapie, die eine Veränderung der Persönlichkeit mit einschloss. Die Therapie ist jetzt erfolgreich abgeschlossen, und aus meiner Erfahrung heraus bin ich sicher, dass es nie wieder zu einem Rückfall kommen wird – weil die Vorbedingungen in der Persönlichkeit nicht mehr vorhanden sind.

Überhaupt kommen immer wieder Patienten zu mir, die eine frühere verhaltenstherapeutische Behandlung erfahren haben, mit mäßigen Erfolg. Der Misserfolg liegt sehr oft im zu engen, rein symptomatischen Vorgehen der betreffenden Therapeuten begründet. Ich habe zurzeit eine Patientin mit einem generalisiertem Angstsyndrom. Zu ihrem Syndrom gehörten auch agoraphobische Komponenten, z.B. die Angst, in Cafés zu gehen. Vor mir war sie bei einer verhaltenstherapeutischen Kollegin in Behandlung, die nur die agoraphobischen Bestandteile mit der üblichen Reizkonfrontation behandelte. Als die Patientin zu mir in Behandlung kam, konnte sie etwas besser in Cafés gehen; ansonsten war die Angst unverändert. Es ist ein Kunstfehler, eine generalisierte Angststörung mit Reizkonfrontation zu behandeln; hier gelten andere Prinzipien. In meiner Behandlung spielte eine spezielle Angsttherapie überhaupt keine Rolle; ich kümmerte mich nicht um ihre Ängste, stattdessen arbeitete ich an ihrem Selbstwertgefühl – und das mit guten Erfolg.

Das führt mich zur Schulte-Studie zurück; immerhin hatte ein Drittel seiner Stichprobe ein generalisiertes Angstsyndrom – wie wurden denn die Patienten behandelt? Schulte schweigt sich darüber aus. Der Faktor „individuelle Passung“, wie Schulte das individuelle Vorgehen nennt, ist völlig unklar. Schulte vermischt Anpassung an den individuellen Therapieverlauf und Anpassung in Bezug auf den einzelnen Patienten miteinander; beides hat nichts miteinander zu tun. Die Methodenvarianz, wie sie bei Schulte erscheint, ist sehr eingeeignet; es werden 4 verwendete Methoden aufgezählt, Reizkonfrontation in vivo und in sensu, „Angstbewältigungstraining“ und der Leerbegriff „kognitive Methoden“, außerdem „sonstige Methoden“. Die Therapie vor allem bei der individuellen Gruppe wird völlig oberflächlich und unzureichend dargestellt.

Was sich bei der Agoraphobie als scheinbar einfach darstellt, wird sofort viel komplizierter bei den verschiedenen Formen der Depression. Natürlich gibt es allgemeine Veränderungsprinzipien für Depression; ein großer Teil von ihnen ist bekannt. Doch ein standardisiertes Behandlungsmanual wird bei den vielen Depressionsformen sehr viel weniger Erfolg zeitigen als bei der Agoraphobie. Negative gespeicherte Muster aus der Vergangenheit (die Verhaltenstherapie hat hier wenig Einblick, aber es gibt sie häufig genug) können in der Gegenwart die Wahl ungünstiger Umweltbedingungen (falscher Beruf, falsche Partnerwahl) begünstigen und so in einen Teufelskreis münden, der manchmal nur mit großer Anstrengung und Entschlossenheit über Jahre hinweg aufzubrechen ist. Eine erfolgreiche Therapie kommt überhaupt nicht umhin, die spezifische Verfassung des Patienten und seine spezifischen Umweltbedingungen differenziert zu beachten. Dies gilt umso stärker, je mehr sich die Symptomatik in Richtung Persönlichkeitsstörung verschiebt. Eine noch erfolgreichere Therapie müsste auch die individuelle, angeborene Grundpersönlichkeit des Patienten berücksichtigen, da hier sehr viele oft nicht bewusste „Ressourcen“ verborgen liegen. Persönlichkeitsstörungen sind oft ein Resultat aus der Diskrepanz zwischen angeborener und gelebter Persönlichkeit; es sind „Identifizierungsstörungen“ als Resultat der Identifizierung mit einer „falschen“ Persönlichkeit.

Standardisierte Behandlungsmanuale sind möglich, ohne Zweifel, sie können auch hilfreich sein, und man kann mit ihnen viel Gutes bewirken. Die Aussage allerdings, standardisierte Behandlungsmanuale seien einem individuellen Vorgehen grundsätzlich überlegen, und „gut“ sei der standardisierte Therapeut (man muss uns Therapeuten ja vorschreiben, was wir zu tun haben, uns sozusagen an die Hand nehmen, da wir sonst eh nur Unfug treiben ...), muss als völlig überzogen bezeichnet werden.

Standardisierte Behandlungsmanuale ignorieren nicht nur individuelle Patientenmerkmale – sie ignorieren auch **individuelle Therapeutenmerkmale**. Es wird so getan, als ob die individuelle Therapeutenpersönlichkeit ohne Belang ist, vorausgesetzt man wendet die richtige Methode an. Die Therapeutenpersönlichkeit ist umso wichtiger, je mehr die Person des Patienten im Fokus steht. Nach meiner Sichtweise beginnt die Behandlung in dem Moment, wo der Patient den Therapeuten zum ersten Mal erblickt. Alles am Therapeuten

wirkt auf den Patienten: Geschlecht, Alter, Größe, Gestalt, Frisur, Gesichtsausdruck, Sprechweise, was für Gefühle der Therapeut zeigt oder nicht zeigt – all das macht die Ausstrahlung eines Therapeuten aus. Und diese Ausstrahlung ist an sich ein wirkender Therapiefaktor – ein Faktor, der von der Psychotherapieforschung völlig ignoriert wird. Ein Therapeut, der erfolgreich behandeln will, muss um seine spezifische Wirkung wissen; er muss um seine Ausstrahlung wissen. Ein „guter Therapeut“ ist so gesehen einer, der seine Wirkung, seine Ausstrahlung optimiert hat. Wie sieht ein derartiger Therapeut aus?

Er ist ein Mensch, der mit seinem Leben gut zurechtkommt und zufrieden ist. Er ist frei von negativen Gefühlen wie Angst, Ärger und depressiver Verstimmung, und er hat eine liebevolle Haltung zu den Menschen und Dingen. Er ist lebhaft interessiert an Menschen und deren Wohlergehen. Er hat ein überdurchschnittliches Wahrnehmungsvermögen (was Tests im Großen und Ganzen überflüssig macht) und eine überdurchschnittliche Intuition. Er hat umfangreiches klinisches Wissen und klinische Erfahrung.

Ein solcher Therapeut wird keinen Verschlechterungseffekt bewirken, um auf ein anderes Thema von Fiedler zurückzukommen. Um diesen Notstand, den ja auch Fiedler beklagt, zu beheben, ist es nicht notwendig, sich an starre Behandlungsmanuale zu halten. Vielmehr ist eine Veränderung in der Ausbildung nötig. Dies ist ein Thema für sich; bezeichnend für die Situation ist jedoch, dass die Förderung derartiger Therapeutenmerkmale wie oben angedeutet in der heutigen „wissenschaftlichen“ Ausbildung viel zu kurz kommt.

Fiedler schreibt in seinem Aufsatz (S. 268), dass die Erfolgszahlen in der Therapieforschung stagnierten und die Rückfallzahlen nach wie vor als enorm anzusehen sind. „Vielleicht liegt eines der Hauptprobleme schlicht und einfach darin begründet, dass es uns schwer fällt anzuerkennen, dass unsere heutigen therapeutischen Möglichkeiten nach wie vor sehr begrenzt sind.“ Sie sind gar nicht so begrenzt, wie Fiedler meint. Was begrenzt ist, ist die *wissenschaftliche* Variante von Psychotherapie. Von all den vielfältigen Möglichkeiten von Psychotherapie untersucht die Psychotherapieforschung herzlich wenig – das meiste grenzt sie aus. Und in diesem ausgegrenzten Bereich sind vielfältige Möglichkeiten, teilweise hocheffiziente, verborgen.

Ein Letztes noch. Wenn Fiedler meint, der „gute“ Therapeut solle sich an Vorgaben und Behandlungsmanuale halten, so stellt sich für mich die Frage, woher stammen diese Manuale bzw. Vorgaben? Wer will uns Praktiker denn da an die Hand nehmen, weil wir allein gelassen ja völlig in die Irre gehen? Sind es die Kollegen von der Wissenschaft? Gehe ich völlig in die Irre, wenn ich die Manualisierung in der Psychotherapie in einer Reihe sehe mit Wissenschaftlichem Beirat, Gutachterverfahren, Kontrollen zur Qualitätssicherung? Das Bedenkliche an diesen Kontrollversuchen ist, aus meiner Sicht, dass dem Praktiker das schöpferische Potenzial abgesprochen wird. Diese Sichtweise verkennt, dass 90% der Psychotherapie von Praktikern und nicht von Forschern entwickelt wurde. Therapeuten wie Milton Erickson, Arnold Lazarus, Fritz Perls oder Carl Rogers wurden nicht deshalb berühmt, weil sie sich an die Vorgaben ihrer Zeit hielten, sondern weil sie

diese überschritten und so die Psychotherapie bereicherten. Wenn einige Kollegen von der Forschungsfraktion meinen, nur sie seien befugt, die Psychotherapie weiterzuentwickeln, und wir Praktiker hätten uns auf das Abarbeiten von Manualen zu beschränken, so kennzeichnet dies eine gefährliche Selbstüberschätzung der Wissenschaft: In dem Maße, in dem sie eine übergeordnet-autoritäre Rolle beansprucht, hört sie auf, Partner des Praktikers zu sein. Wenn die Forschung von ihrer teilweise überheblichen Warte runterkäme und sich bei uns Praktikern nach unseren Fragen erkundigen würde, so, denke ich, wäre auch das Interesse von uns Praktikern an Forschungsbefunden größer. Dies ist jedenfalls etwas, was ich den Kollegen von der Forschung ins Stammbuch schreiben möchte.

Es sind viele Arten von Psychotherapie denkbar, die hilfreich sind, standardisierte und freie, und jeder Therapeut soll die Möglichkeit haben, nicht nur die Therapieschule, sondern auch die Therapieform zu wählen, die ihm am besten entspricht, denn nur so ist er am erfolgreichsten. Ich wünsche mir sehr eine breite Diskussion über die oben diskutierten Themen und die Beteiligung vieler Praktiker an dieser Diskussion: Was verstehen wir unter Therapieerfolg? Was für eine Psychotherapie wollen wir? Ich würde mich freuen, wenn in dieser Zeitschrift eine derartige Diskussion stattfinden würde. Psychotherapie kann nicht auf einen Nenner, auch nicht auf einen wissenschaftlichen, gebracht werden, und das ist gut so. Ich jedenfalls werde mich nicht an Behandlungsmanuale halten, vielmehr die Therapie wählen, die ich für richtig halte. Wissenschaftliche Therapie heißt nicht optimale Therapie, eher mittelmäßige Therapie (dies hier zu begründen fehlt der Platz; es hat mit der Begrenztheit von Wissenschaft in Bezug auf die Erfassung psychischer Phänomene und mit ihrer Stichproben- bzw. Statistikorientierung zu tun). Da ich kein mittelmäßiger, sondern ein guter Therapeut sein will, werde ich die „Vorgaben“ überschreiten, wenn ich es im Interesse des Klienten für geboten halte.

Literatur

- Hoffmann SO (2002): Schädliche und Nebenwirkungen von Psychotherapie – Ist das Risiko bei störungsspezifischen Ansätzen geringer? In: Mattke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.): Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften, 59-71
- Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1991): Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: Schulte D (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungen. Göttingen: Hogrefe, 15-42

Dr. phil. Thomas Deutschbein
Katharinenhof 9 • 79104 Freiburg
Tel./Fax: 0761/2025750
E-Mail: ThDeutschbein@t-online.de