

Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen

Rainer Sachse, Philipp Hammelstein, Janine Breil

Implikation der Paradigmen

Wir wollen hier einige Implikationen dieser beiden Paradigmen herausarbeiten und damit deutlich machen, dass die beiden Paradigmen mehr sind als "Forschungsparadigmen": Unseres Erachtens nach sind es grundlegende Paradigmen darüber, wie man "Psychotherapie" auffasst, wie man die Rolle des Klienten definiert, wie man die Rolle des Therapeuten definiert und wie man die Rolle der Psychotherapie im Versorgungssystem auffasst. Es sind damit grundlegende und grundlegend unterschiedliche "Paradigmen über Psychotherapie".

Wir wollen die Implikationen des EST- und des EBP-Paradigmas jeweils herausarbeiten und gegenüberstellen, wobei wir uns nicht um Objektivität bemühen, denn es ist völlig klar, dass wir aus allen dargelegten Gründen das EBP-Paradigma für das psychologisch Angemessene halten.

1 Der Vorrang: Welche Aspekte sind in jedem Paradigma zentral?

Als Erstes wollen wir diskutieren, welche Aspekte in jedem der Paradigmen zentral sind: Denn dies hat gravierende Auswirkungen darauf, welche Aspekte als weniger bedeutsam bzw. als vernachlässigbar gelten können.

1.1 Der Vorrang im EST-Paradigma: Wissenschaftlichkeit und Ökonomie

Im EST-Paradigma hat die Wissenschaftlichkeit Vorrang vor allen anderen Belangen. Zentral geht es um eine möglichst zweifelsfreie und kausale Nachweisbarkeit von Effektivität einer psychotherapeutischen Methode: Die Effektivität soll empirisch-experimentell mit allen methodischen Mitteln abgesichert werden (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2000; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Westen et al., 2004).

Damit ist die Effektivität einer Methode auch nicht nur das wichtigste Kriterium dieser Methode, sondern im Grunde das Einzige, was wirklich zählt: Alle anderen Charakteristika einer Therapiemethode sind zweit- oder drittrangig (falls überhaupt relevant): Klientenorientierung, Flexibilität etc. der Methode sind (vollständig) irrelevant.

Damit wird auch nur ein solches, hochgradig experimentell-empirisch abgesichertes Verfahren als "in der Praxis zulässig" betrachtet: Nur solche Verfahren dürfen von Therapeuten durchgeführt werden und nur deren Durchführung wird als "ethisch vertretbar" betrachtet (vgl. Bohart, 2005).

Um eine solche empirische Absicherung zu erreichen und vor allem, um möglichst gute experimentelle Kontrollen zu gewährleisten, muss man die Therapien in starker Weise einschränken (Bohart, 2005; Goldfried, 2000; Kendall et al., 1999; Nathan et al., 2000; Westen & Morrison, 2001; Westen et al., 2004):

- Das Therapieverfahren möglichst genau standardisieren und damit manualisieren,
- dafür sorgen, dass die Therapeuten sich möglichst genau und damit eng an das Manual halten,
- muss man möglichst alle therapeutischen "Störeffekte" wie klinische Entscheidungen, Fallkonzeptionen u.a. aus dem Therapieprozess ausschalten,
- muss man sich auf eine einzelne Störung konzentrieren,
- alle anderen Störfaktoren wie Co-Morbiditäten etc. ausschließen,
- die Ziele der Therapie auf die Reduzierung von Symptomen konzentrieren,
- alle anderen therapeutischen Ziele systematisch ausschließen,
- die Erfolgsmessung damit auch auf spezifische Symptommaße konzentrieren,
- und alle anderen Erfolgsindikatoren systematisch ausschließen,
- die Therapiezeiten möglichst kurz anlegen, da lange Therapiezeiten die experimentelle Kontrollierbarkeit exponentiell beeinträchtigen.

Die zentralen Therapieziele, die für Patienten angestrebt werden, sind damit

- sehr enge Veränderungen und keine weiten, breiten, über Symptomverbesserungen hinausgehenden Änderungen,
- schnelle Veränderungen, aber keine andauernden, stabilen Veränderungen (vgl. Howard et al., 1993; Kopta et al., 1994, Mueller et al., 1999).

Ein weiteres Hauptprinzip des EST-Paradigmas ist die Effizienz: Es geht darum, möglichst kostengünstige Psychotherapien zu etablieren: Also Therapien,

- die möglichst kurz sind,
- die aufgrund ihrer Standardisierung auch von "Hilfspersonal" durchgeführt werden können.

Diese starke Ökonomie-Orientierung macht dieses Paradigma für Krankenkassen sehr interessant und dadurch entsteht gesellschaftlich eine sehr starke Lobby für dieses Paradigma. Daraus leitet sich auch die starke Tendenz dieses Paradigmas zu einem hegemonialen Anspruch (mit) ab (Bohart, 2005; Westen et al., 2004).

1.2 Vorrang im EBP-Paradigma: Der Klient

Zentraler Aspekt des EBP-Paradigmas ist der Klient: Es geht darum, den Klienten durch Psychotherapie zu erreichen, ihm eine Methode anzubieten, die er verwenden kann, die seine zentralen Probleme nachhaltig und tiefgreifend löst und die der Klient als respektvoll, vertrauenerweckend, hilfreich und motivierend erlebt (vgl. Bohart, 2005; Norcross, 2002a, 2002b; Westen et al., 2004).

Auch hier geht es also darum, dem Klienten eine effektive Therapie anzubieten: Eine Therapie, die zentral auf seine Probleme eingeht und die ihm nachhaltig hilft. Aber darum geht es nicht nur: Es geht auch darum, dass eine Therapie den Klienten als Person ernst nimmt und respektiert, die dem Klienten eine Problementfaltung ermöglicht und es ihm erlaubt, seine Ziele und Probleme erst einmal zu reflektieren, ehe er sich für Lösungen entscheiden muss (Bohart, 2005; Sachse, 2003; Westen et al., 2004a, 2004b).

Eine gute Therapie sollte dabei

- auf die Bedürfnisse und zentralen Probleme von Klienten eingehen, in Erfahrung bringen, was ein Klient letztlich will und was einem Klienten wirklich helfen kann,
- dem Klienten eine Therapie anbieten, die seine Probleme so grundlegend und so tiefgreifend wie möglich angeht und ihm zu einer möglichst dauerhaften Lösung verhilft,
- auf Besonderheiten von Klienten eingehen, z.B. auf die Tatsache,
 - dass viele Klienten keine (klare) DSM-Diagnose erhalten können (Persons, 1991; Westen, 1998),
 - dass viele Klienten zu Beginn der Therapie ihre Probleme gar nicht klar definieren können (vgl. Caspar, 1996, 2000; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b, 1992; Grawe, 1998),
 - dass viele Klienten erst nach Etablierung einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung dem Therapeuten relevante Informationen geben (Sachse, 2006b).
- darauf eingehen, dass viele Klienten-Probleme hoch komplex sind, dass viele psychologische Aspekte auf komplexe Weise interagieren (wie psychologische Störungskonzepte unschwer erkennen lassen, vgl. XXX),
- berücksichtigen, dass eine Reduzierung von Therapie auf oberflächliche Symptomaspekte vielen Klienten in gar keiner Weise gerecht wird.

Auch in diesem Paradigma sollten psychotherapeutische Maßnahmen effektiv sein und ihre Effektivität sollte bestätigt sein.

Anders als im EST-Paradigma geht man jedoch davon aus,

- dass es außer der experimentellen Bestätigung im "Goldstandard" noch viele andere Wege gibt, die Effektivität von Psychotherapie zu evaluieren,
- dass viele therapeutische Vorgehensweisen und Strategien sowie "Therapeuten-Variablen" existieren, die schon gut evaluiert sind: Strategien der Beziehungsgestaltung, Strategien der Klärung, Strategien der Problemaktualisierung, Strategien der Ressourcen-Aktivierung (vgl. Beutler et al., 1994; Grawe et al., 1994),
- dass alle diese Strategien sinnvoll und ethisch vertretbar eingesetzt werden können.

Außerdem wird davon ausgegangen, dass für die reale therapeutische Praxis solche Studien aussagekräftig sind, die die reale therapeutische Praxis zum Inhalt haben und nicht solche, die sich auf artifizielle Situationen beziehen und deren Generalisierbarkeit hochgradig fraglich ist.

2 Hegemonie und Toleranz

Mit beiden Paradigmen sind große Unterschiede im Hinblick auf Toleranz bzw.

"Alleinvertretungsanspruch" verbunden.

2.1 Starke hegemoniale Tendenzen im EST-Paradigma

Das EST-Paradigma lässt extrem starke "hegemoniale Tendenzen" (Westen et al., 2004a) erkennen. Die Vertreter dieser Ansätze reklamieren u.a.,

- dass die experimentelle "Goldstandard"-Vorgehensweise das einzig akzeptable wissenschaftliche Vorgehen ist (und alle anderen Vorgehensweisen zweit- oder drittklassig seien),
- dass nur die Anwendung von derart validierten Verfahren ethisch vertretbar sei,
- dass deshalb alle Praktiker umgehend solche Verfahren anzuwenden hätten,
- dass andere Verfahren sofort als unzulässig zu gelten haben und nicht mehr praktiziert werden dürften.

Alle diese Ansichten sind weder wissenschaftlicher Konsens noch sind sie haltbar, wie wir weiter unten aufzeigen werden: Sie stellen lediglich eine (extreme) wissenschaftstheoretische Position dar, die in vielfacher Hinsicht diskutierbar ist.

Die Vertreter des EST-Ansatzes treten jedoch in wissenschaftlichen wie politischen Gremien mit diesem "Alleinvertretungsanspruch" auf und sie haben auf der Seite von Politikern und Krankenkassen starke Verbündete, denen das Angebot angeblich effektiver, angeblich kurzer und angeblich kostengünstiger Therapien sehr recht ist.

Die Therapien, die hier angeboten werden,

- passen jedoch auf die meisten Klienten, die in realen Versorgungseinrichtungen auflaufen, nicht (denn dort befinden sich Klienten, die komplexe Co-Morbiditäten aufweisen, gar keine klar definierten Probleme zeigen, deutlich schwerer gestört sind als die "Untersuchungsklienten"; vgl. Beutler et al., 1994; Braun et al., 1994; Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Gomes-Schwartz, 1978; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998; Westen et al., 2004a)),
- sind damit tatsächlich für das relevante Praxisfeld gar nicht validiert,
- zeigen keine nachhaltigen Wirkungen oder Veränderungen bei Klienten (XXX dringend Angaben nötig! XXX).

Die angeblich hohe Kosten-Effektivität ist daher überhaupt nicht realistisch, sondern ein Schein-Effekt.

Außerdem muss man ein derartiges Auftreten aus der Sicht eines liberalen Wissenschaftsverständnisses (was eigentlich ein Pleonasmus sein sollte!) als hochgradig intolerant und in der Tat als hegemonial betrachten. Sieht man es als wissenschaftliches Grundverständnis an, dass Wissenschaft niemals "absolute Wahrheiten" produziert, dann erscheinen solche Tendenzen auch als hochgradig unwissenschaftlich, sondern eher als hochgradig klerikal: Weder ist ein einzelnes wissenschaftliches Vorgehen allein gültig, noch ist es "allein ethisch"; solche Aussagen vertragen sich u.E. nicht mit "Wissenschaftlichkeit".

2.2 Toleranz im EBP-Paradigma

Das EBP-Paradigma ist vergleichsweise tolerant: Auch hier gibt es Diskussionen, ob Therapiemethoden angemessen sind, ob die empirische Fundierung ausreicht u.a.

Es wird jedoch im Wesentlichen von Annahmen ausgegangen wie:

- Bisher gibt es kein Therapieverfahren, das wirklich gute Effektstärken und das wirklich gute langfristige Effekte erzeugt, sodass es alle anderen Verfahren weit hinter sich lässt. Also kann auch kein Verfahren eine allgemeine Überlegenheit und schon gar nicht eine Monopolstellung beanspruchen.
- Viele Verfahren weisen sehr ähnliche Effekte auf, obwohl sie anscheinend völlig anders vorgehen: Das weist darauf hin, dass es
 - entweder starke "common factors" gibt, die unabhängig von spezifischen Therapieformen wirken,
 - oder dass ähnliche Effekte durch unterschiedliche Vorgehensweisen erreicht werden können,
 - oder beides.
- Dass Klienten extrem unterschiedlich sind, von ihren Problemen her, vom "psychologischen Funktionieren" ihrer Probleme her, von ihren Co-Morbiditäten her, von ihren Persönlichkeiten und Persönlichkeitsstörungen her und von ihren Kontexten her (vgl. Untersuchungen zu sogenannten "Klienten-Variablen", z.B.: Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Herpertz & Caspar, 2008; Johnson et al., 1991; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994, 2004; Sachse & Elliott, 2002; Steiger & Stotland, 1996), sodass
 - keine noch so breite Therapieform allen Klienten gerecht werden kann,
 - insbesondere hoch spezialisierte Methoden nicht allen Klienten gerecht werden können.
- Dass Psychotherapie ein nicht-vollständig determinierter, nicht völlig berechenbarer und nicht völlig vorhersagbarer Prozess ist (vgl. Haken & Schiepek, 2010; Tretter, 2005), sodass
 - Psychotherapie nie im Detail planbar ist,
 - ein Therapeut immer auf unvorhergesehene Ereignisse reagieren müssen,
 - immer therapeutische Entscheidungen erforderlich sein werden, z.B. die, einem alten Thema zu folgen oder auf ein neues und tatsächlich relevantes Thema zu wechseln.
- Dass Psychotherapie ein hoch komplexer Prozess ist (XXX), sodass
 - ein einzelnes Therapieverfahren nie alle Aspekte von Psychotherapie berücksichtigen können,
 - Therapeuten eine hohe Expertise benötigen, um die Komplexität zu bewältigen,

- sehr wahrscheinlich aber auch die Kapazitäten von Therapeuten begrenzt sein werden, sodass auch nicht alle Therapeuten alle Aspekte werden abdecken können.

Die Konsequenz aus diesen Annahmen ist Pluralität:

- Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieverfahren nebeneinander existieren.
- Es ist sinnvoll, dass verschiedene Therapieverfahren Klienten unterschiedliche Strategien und Vorgehensweisen anbieten und Klienten Wahlmöglichkeiten lassen.
- Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieansätze miteinander in Konkurrenz treten, um sich gegenseitig zu stimulieren, aber auch dazu führen, dass sich die Ansätze weiterentwickeln.
- Es ist nach wie vor sinnvoll, neue therapeutische Strategien und Ansätze zu entwickeln. Dies macht aber nur dann Sinn, wenn diese die Chance haben, in der Praxis ausprobiert zu werden, um sich bewähren zu können.

3 Medizinische vs. psychologische Grundorientierung von Psychotherapie

Die Paradigmen unterscheiden sich stark im Ausmaß, in dem sie in einem medizinischen oder psychologischen Denken verwurzelt sind.

3.1 EST-Paradigma: Medizinische Grundorientierung

Eine sehr wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist seine medizinische Grundhaltung: Das Forschungsparadigma der experimentellen Therapieforschung folgt sehr stark den Grundideen einer pharmakologischen Forschung und die Grundideen (Exploration ' Diagnose ' Therapie ' Planung ' Therapie) entsprechen weitgehend denen eines medizinischen Therapiemodells.

Medizinische Modellvorstellungen legen auch den Annahmen zugrunde,

- dass das Therapieverfahren hoch spezifische, umgrenzte und genau definierbare Wirkfaktoren enthält,
- dass diese Wirkfaktoren auf die Störung einwirken, unabhängig von den genauen psychologischen Mechanismen der Störung und unabhängig von der Einbettung der Störung in andere, z.B. Persönlichkeitsfaktoren,
- dass der Klient "Ziel" von Strategien ist und damit eher passiver Faktor einer Therapie und nicht eine eigenständige Person, um die es letztlich gehen sollte,
- dass der Therapeut "Durchführer" des Verfahrens ist, jedoch eher eine "Störgröße" als ein kompetenter Agent.

Psychologische Störungsmodelle kommen allenfalls noch am Rande vor, haben aber kaum Einfluss: Vor allem psychologisches Denken (z.B. im Hinblick auf den Umgang mit dem Klienten, die Beachtung von Klienten-Variablen etc.) spielt allenfalls eine untergeordnete Rolle.

3.2 EBP-Paradigma: Psychologische Grundorientierung

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells ist seine starke psychologische Orientierung:

- Psychologisch fundierte Störungstheorien spielen eine große Rolle beim Verständnis von Störungen und zur Ableitung von Interventionen. Hier spielen nicht nur lerntheoretische, sondern auch kognitions-, motivationstheoretische, emotionspsychologische, sozialpsychologische u.a. Konzepte eine große Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass sich aus einem psychologischen Störungsverständnis psychologische Strategien zur Störungsveränderung ableiten lassen, die sich dann psychologisch erfassen lassen (Caspar et al., 2008a; Fiedler, 2007; Flor, 2007; Goschke, 2007; Grawe, 1998; Krause, 2007; Lauth & Naumann, 2005; Reizenzein, 2005; Resch, 2005).
- Psychotherapieprozesse werden stark psychologisch konzipiert: Sprachpsychologische Verstehenskonzepte, kognitionstheoretische Modelle der Informationsverarbeitung etc. sind von großer Bedeutung (Caspar et al., 2008b; Grawe, 1998; Grosse-Holtforth et al., 2010; Lutz, 2010).
- Psychologische Konzepte der Beziehungsgestaltung, des Umgangs mit Klienten etc. bilden die Basis-Konzepte von Psychotherapie (Caspar, 1996; Grawe, et al., 1994; Herpertz & Caspar, 2008; Norcross, 2001, 2002; Sachse, 2006a).

Es wird hier somit zentral davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein Teilgebiet der Psychologie ist, mit genuin psychologischem Denken und psychologischen Konzepten. Und dass es auch zu den psychologischen Grundhaltungen gehört, darüber nachzudenken, wie man den Klienten als eigenständige und entscheidungstreffende Person zu respektieren und in den Therapieprozess einzubinden hat; und dass es aus psychologischer Sicht nicht angehen kann, einen Klienten als passiven, "erduldenden" Rezipienten einer a priori festgelegten Therapiemaßnahme anzusehen.

4 Implikationen für das Konzept "Psychotherapie"

Die Paradigmen haben auch deutliche Konsequenzen im Hinblick darauf, wie der Psychotherapieprozess als solcher konzipiert wird.

4.1 EST: Psychotherapie ist wenig komplex

Eine wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist die Annahme, dass der Psychotherapieprozess selbst wenig komplex ist oder, dass die Komplexität des Prozesses ohne starke und relevante Realitätsverzerrung erheblich reduziert werden kann.

Betrachtet man Forschungen über "Klienten-Variablen" und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und -ergebnisse (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994), betrachtet man Forschungen zu Co-Morbiditäten, insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und -ergebnisse (vgl. Fava et al., 2000; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998, 2005; Melartin et al., 2002) und betrachtet man Forschungen zu Therapeuten-Variablen und therapeutischen Vorgehensweisen, dann erkennt man sehr deutlich

die extrem hohe Komplexität von Therapieprozessen.

Betrachtet man dagegen manualisierte Therapien, dann wird sehr deutlich, dass von allen komplexen Aspekten, die im Therapieprozess offenbar möglich sind, nur wenige Prozent in den Manualen Berücksichtigung finden. Ganz offensichtlich und offenbar unbestreitbar reduzieren die Manuale die zu erwartende Komplexität des Therapieprozesses in extrem starker Weise.

Sie machen damit die Implikationen,

- dass sich die Komplexität der Therapie sinnvoll auf wenige, zentrale Aspekte reduzieren lässt, dass die Manuale diese zentralen Aspekte identifizieren können und dass diese auch die zentralen Wirkfaktoren abbilden;
- dass die ausgeblendeten Aspekte tatsächlich irrelevant sind, dass die Reduktion der Komplexität tatsächlich solche Aspekte ignoriert, die sich "ungestraft" aus der Realität ausblenden lassen. Tatsächlich sind diese Annahmen jedoch
- empirisch völlig ungeprüft, denn um sie zu untersuchen, müssten alle relevanten Variablen untersucht werden, was nie versucht wurde;
- empirisch wie theoretisch höchst unplausibel, denn Ergebnisse zeigen z.B., dass das Vorliegen von Co-Morbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen die empirischen Ergebnisse massiv verändert.

4.2 EBP: Psychotherapie ist hoch komplex

Im EBP-Paradigma wird davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein hoch komplexes Vorgehen ist, in dem Variablen des Klienten, seine aktuellen Stimmungen, Motivationen, Ziele usw. in Wechselwirkung treten mit Variablen des Therapeuten und diese Aspekte wiederum wechselwirken mit therapeutischen Strategien usw. Man erkennt die Komplexität gut an dem "Generic-Model of Psychotherapy" von Orlinsky und Howard (1987), wobei gesehen wird, dass dieses Modell immer noch eine Vereinfachung der tatsächlichen Komplexität darstellt.

Wesentliche Implikationen, die sich aus der Annahme von Psychotherapie als komplexem Prozess ergeben, sind:

- Therapeuten müssen, um der Komplexität der Psychotherapie auch nur annähernd Rechnung tragen zu können, Experten im Sinne der Expertise-Forschung sein.
- Therapeuten müssen in ihrer Ausbildung zu Experten ausgebildet werden.

5 Implikationen für das Konzept des Patienten / des Klienten

Die Paradigmen haben Auswirkungen darauf, wie die Rolle des "zu Behandelnden" definiert wird: Entweder als "Patient" (von lateinisch "patiens": geduldig) oder als "Klient".

5.1 Das Konzept "Patient" im EST

Eine zentrale Implikation des EST-Paradigmas, insbesondere von dessen

medizinischer Orientierung, ist das Konzept des "Patienten".

Im EST-Paradigma wird ein Patient aufgefasst als eine Person, die eine "Krankheit" aufweist und die damit "Behandlung" benötigt.

Diese Behandlung wird ihm vom Therapeuten "verordnet" und sie wird vom Therapeuten durchgeführt; der Patient hat nur sehr wenig aktive Gestaltungsmöglichkeit und seine Wünsche werden nur minimal berücksichtigt. Als "Laie" hat er die Behandlung zu akzeptieren, schließlich ist sie ja nachgewiesen effektiv.

Der Therapeut kann sehr schnell entscheiden, was die zentralen Probleme des Patienten sind und er kann dann auch schnell die "richtige" Behandlung verordnen: Nach dieser Entscheidung sollte diese nicht mehr in Frage gestellt werden und das muss sie auch nicht, da Fehler in dem System nicht vorgesehen sind. Hat ein Therapeut sich einmal für eine Methode entschieden, dann sollte er sich vom Patienten auch nicht mehr davon abbringen lassen: Weder durch neue Themen, noch durch neue Probleme: Denn jede Abweichung von der Standard-Prozedur reduziert deren Effektivität im Hinblick auf die Reduktion der relevanten Symptome. Der Patient kann damit nach der Entscheidung kaum noch etwas bewirken: Auch wenn er relevante Themen oder Probleme einbringen wollen würde, wäre das im System nicht vorgesehen.

Die Rollenverteilung Therapeut-Patient ist sehr ähnlich der von Arzt-Patient: Der Arzt entscheidet praktisch allein über medizinische Maßnahmen und die Mitarbeit des Patienten besteht darin, ihnen zu folgen.

5.2 Das Konzept des "Klienten" im EBP-Paradigma

Eine zentrale Implikation des EBP-Paradigmas, vor allem dessen psychologische Orientierung, ist das Konzept "Klient" ("Auftraggeber").

Ein Klient ist eine Person, die eine psychische Störung aufweist, die ihr Kosten verursacht und die sich daraufhin entscheidet, eine Psychotherapie aufzusuchen. Sie hat damit ein Anliegen an einen Dienstleister, den Therapeuten. Das Anliegen ist, die Kosten zu reduzieren und damit, die psychische Störung zu bearbeiten. Damit ist ein Klient ein Kunde, der von einem professionellen Dienstleister eine spezifische Dienstleistung in Anspruch nimmt.

Dieser "Kunde" hat bestimmte Rechte: Er hat das Recht, eine effektive Therapie zu erhalten, er hat aber auch das Recht, respektvoll behandelt zu werden, gehört zu werden, letztlich die Entscheidungen darüber zu fällen, was er will oder nicht will; er hat das Recht, nicht pathologisiert zu werden, das Recht, nicht bevormundet zu werden und das Recht, selbst über seine Ziele und sein Leben zu entscheiden.

Aus psychologischer Sicht ist der Klient auch nicht "krank": Das Konzept "Krankheit" ist ein krankenkassen-juristisches und kein psychologisches Konzept: Man kann aus krankenkassen-juristischen Gründen den Klienten "krank" nennen, aus psychologischer Perspektive ist er es nicht. Der Klient ist für seine Probleme und insbesondere für deren Behebung mit verantwortlich und er behält auch seinen Teil

der Verantwortung in der Therapie. Der Klient muss vom Therapeuten in die Therapie einbezogen werden: Er muss erkennen, dass er etwas ändern muss, er muss Änderungsmotivation entwickeln, er muss aktiv mitarbeiten usw. und die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Prozesse in Gang zu setzen und zu fördern.

Aus der Sicht des EBP-Paradigmas bilden Klient und Therapeut ein Team, in dem

- der Therapeut der Experte für den Prozess ist: Der Experte für Störungen und deren Behebung, der Experte für Klärung, Ressourcen-Aktivierung etc., der Experte für die Steuerung konstruktiver Prozesse;
- der Klient der Experte für die Inhalte ist: Er muss die Inhalte klären, die Prozesse vollziehen, die Veränderungen aktiv umsetzen usw.

Der Klient wird in der Therapie als Experte für die Inhalte angesehen, als eine Person, die mitbestimmt, deren Mitarbeit erforderlich ist, die verstehen soll, was ihr Problem ist und die verstehen soll, warum was in der Psychotherapie getan werden sollte. Der Klient soll nicht nur eine stabile und adäquate Problemlösung erarbeiten, er soll durch Therapie auch zu einem kompetenten Problemlöser werden.

Der Therapeut ist der Prozessexperte, der angeben kann, was ein Klient tun kann und tun sollte, um sein Problem zu lösen: Er arbeitet dabei aber mit dem Klienten zusammen und geht, soweit dies möglich und sinnvoll ist, auf den Klienten ein.

Die Rollenverteilung von Therapeut und Klient ist eher egalitär: Beide haben in einem Team spezifische Aufgaben, aber auch der Klient hat ein Mitspracherecht und die Compliance des Klienten ist von zentraler Bedeutung: Also ist es eine zentrale Aufgabe des Therapeuten, den Klienten zu überzeugen, nicht, ihm Anweisungen zu geben.

6 Die Rolle des Therapeuten

Die beiden Paradigmen definieren insbesondere die Rolle und die Kompetenzen des Therapeuten sehr stark unterschiedlich.

6.1 Die Rolle des Therapeuten im EST-Paradigma

Eine besonders wesentliche Implikation des EST-Modells betrifft die Rolle des Therapeuten. Da die Therapie hoch standardisiert ist und die Therapie streng genommen auch nur in genau der vorliegenden Form evaluiert ist, sollte sich ein Therapeut auch so genau wie möglich an das Manual bzw. das Standardvorgehen halten. Damit darf ein Therapeut streng genommen nur genau das tun, was die Autoren des Manuals vorschreiben; und er muss auch nur genau das tun und nichts anderes. Ein Therapeut darf damit seine klinischen Kompetenzen nicht einsetzen, auch dann nicht, wenn es ihm sinnvoll erscheint. Er darf außerhalb des Manuals

- keine Information verwerten,
- keine Entscheidungen treffen,
- keine anderen therapeutischen Handlungen ausführen.

Das bedeutet in der therapeutischen Praxis,

- dass ein Therapeut nicht auf spezifische Wünsche und Bedürfnisse des Patienten eingehen darf und dass der Therapeut sich auch nicht von neuen/anderen Themen/Problemen des Patienten vom Manual "ablenken" lassen darf, denn jede Ablenkung vom Standardprogramm reduziert dessen Effektivität;
- dass ein Therapeut damit auch nicht bearbeiten soll/kann, ob neue Themen des Patienten u.U. viel relevanter sind und auf viel relevantere Probleme des Patienten hinweisen können, denn dann verlässt der Therapeut ja den empirisch gesicherten Weg und das ist nicht zulässig;
- dass der Therapeut auf Persönlichkeitsaspekte/Persönlichkeitsstörungen des Patienten nicht eingehen kann;
- dass der Therapeut systematisch alle komplizierenden Problemaspekte systematisch ignorieren muss.

Dies impliziert aber für den Therapeuten auch,

- dass er seine psychologische Expertise (freiwillig) auf die einer therapeutischen Hilfsperson reduziert;
- dass er sein gesamtes psychologisches und psychotherapeutisches Wissen ausblendet;
- dass er keine klinischen Verarbeitungen und klinischen Entscheidungen mehr vollzieht.

Arbeitet er als Psychotherapeut nur noch nach dem Paradigma, dann reduziert er seine gesamte psychotherapeutische Expertise auf die eines Manual-Gehilfen. Damit aber verliert ein Psychotherapeut vollständig seine Professionalität und Psychotherapie wird eine Domäne von Pflägern mit "Psychotherapie-Zusatzausbildung".

Konsequenterweise traut das EST-Paradigma den Therapeuten auch wenig zu. Einerseits betont das Paradigma stark,

- wie begrenzt die Verarbeitungskapazität von Therapeuten sei,
- wie fehleranfällig "klinische Urteile" seien,
- wie wenig Expertise zum Erfolg von Therapie beitrage.

Unerwähnt bleibt aber,

- dass Therapeuten zu einem großen Teil bestimmte Urteile nicht fällen können, weil das Paradigma ja auch schon dazu führt, die Therapeuten gar nicht systematisch auf die Verarbeitung von Informationen zu trainieren: Nach der Expertise-Forschung ist dann auch keine Expertise zu erwarten!
- dass spezifische, systematische Trainings Verarbeitungsfehler stark reduzieren und dass wirkliche Experten wenige Fehler machen;
- dass die Untersuchungen, die angeblich zeigen, dass Expertise im Psychotherapie-Bereich nicht relevant sei, meist mit sehr "leicht gestörten" Klienten arbeiten wo klar ist, dass Expertise sich erst bei schwierigen Problemen zeigen kann (wie RS es formuliert: "Beim Braten von Spiegeleiern werden durchschnittliche Hausmänner und Hausfrauen französischen Spitzenköchen kaum überlegen sein!").

6.2 Die Rolle des Therapeuten im EBP-Paradigma

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells im Hinblick auf den Therapeuten ist, dass ein Psychotherapeut ein hoch ausgebildeter und extrem gut trainierter Experte sein muss (vgl. Westen & Weinberger, 2004; Westen et al., 2004, 2005).

Wenn man davon ausgeht,

- dass Klienten und Klienten-Probleme hoch komplex sind,
- dass Problemaspekte, Klienten-Variablen und psychologische Prozesse komplex miteinander interagieren,
- dass z.B. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen extrem hohe Anforderungen an Therapeuten stellen im Hinblick auf Motivierung, Problembearbeitung, Interaktionsprobleme usw.,
- dass Probleme von Klienten oft erst im Verlauf eines Therapieprozesses zum Ausdruck kommen,
- dass Therapeuten über viele sehr unterschiedliche Kompetenzen verfügen müssen ("Therapeuten-Variablen"),
- dass Therapieprozesse nur zu einem Teil berechenbar und steuerbar sind,

dann muss man logischerweise davon ausgehen, dass Therapeuten hochgradige Experten im Sinne der Expertise-Forschung sein müssen (vgl. Sachse, 2006, 2009).

Das bedeutet, Therapeuten müssen

- über ein fundiertes, gut strukturiertes, anwendungsorientiertes Wissen über Störungen, psychologische Modelle, Psychotherapieprozesse, Strategien, Interventionen usw. verfügen;
- in der Lage sein, schnell und valide Klienten-Informationen zu verarbeiten, Klienten-Modelle zu bilden, Therapie-Situationen einzuschätzen etc.;
- in der Lage sein, therapeutische Entscheidungen zu treffen, welche Aspekte relevant sind, welchen Spuren und Themen sie folgen wollen und welchen nicht, welche Probleme zentral sind usw.;
- über spezifische therapeutische Strategien verfügen, die sie flexibel einsetzen können: Über Strategien der Beziehungsgestaltung, der Klärung, der Problem-Aktualisierung, der Ressourcen-Aktivierung und der Bewältigung;
- in der Lage sein, Intervention so zu realisieren, dass Klienten sie verstehen, ausführen wollen und umsetzen;
- in der Lage sein, Compliance zu schaffen, Klienten ausreichend zu Veränderung motivieren usw.;
- in der Lage sein, Prozesse zu evaluieren, zu beurteilen, ob ein Therapieprozess gut läuft;
- und vieles mehr.

Der EBP-Ansatz traut Therapeuten viel zu, er mutet Therapeuten aber auch viel zu. Daher sollten Therapeuten

- für eine gute Ausbildung sorgen, in der sie die entsprechende Expertise auch erwerben können;
- für gute Supervision sorgen, um ihre Qualität zu halten;

- ihre Arbeit weiterhin reflektieren und sich weiterbilden;
- alle Hilfsmittel nutzen, die sie sinnvoll verwenden können.

Im EBP-Paradigma hat die Praxis Vorrang vor der Forschung. Es wird davon ausgegangen,

- dass psychotherapeutische Praxis immer von lebenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wird; auch wenn manualisierte Therapien durchgeführt werden, so werden diese von Therapeuten ausgeführt: Kein Manual macht Psychotherapie!
- dass es letztlich diese PsychotherapeutInnen sind, die mit den Klienten arbeiten, die Diagnosen stellen, therapeutische Entscheidungen treffen, Interventionen realisieren, Effekte kontrollieren usw.;
- und dass damit auch letztlich diese PsychotherapeutInnen die Verantwortung für den Therapieprozess, für Entscheidungen usw. haben (und nicht Manuale);
- dass Psychotherapie im realen sozialen Kontext eines Versorgungssystems erfolgt, im Kontext von realen Patienten (und nicht in artifiziellen Labor-Kontexten);
- dass Psychotherapie mit realen Klienten geschieht, die vielfältige, komplexe Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Interaktionseigenheiten usw. in die Therapie mitbringen.

Daher wird in diesem Paradigma angenommen,

- dass psychotherapeutische Konzepte sich vorrangig an der Realität von Psychotherapie, an naturalistischen Kontexten zu orientieren haben (und nicht an artifiziellen Forschungskonzepten);
- dass Psychotherapie-Konzepte die Komplexität von Klienten und Klienten-Problemen abbilden und berücksichtigen müssen, deren Eigenarten und Bedürfnisse;
- dass Psychotherapie-Konzepte die realen Probleme und Aufgaben von Psychotherapeuten berücksichtigen müssen;
- dass Psychotherapie-Konzepte berücksichtigen müssen, dass Therapeuten eine hohe Expertise für ihren Beruf brauchen, dass sie diese haben und dass sie diese durch gutes Training erwerben können.

7 Literatur

Beutler, L.E., Machado, P.P. & Allstetter-Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edition, 229-269. New York: Wiley.

Bohart, A.C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. Journal of Contemporary Psychotherapy, 35 (1), 39-53.

Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients

with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.

Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.

Caspar, F. (2000). *Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess*. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1, 2. Aufl., 155-166. Berlin: Springer.

Caspar, F. & Grawe, K. (1982a). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung*. Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut. Bern: Universität Bern.

Caspar, F. & Grawe, K. (1982b). *Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung*. In H. Bommert & F. Petermann (Hrsg.), *Diagnostik und Praxiskontrolle in der klinischen Psychologie*, 25-29. München: Steinbauer & Rau.

Caspar, F. & Grawe, K. (1992). *Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozeß?* *Report Psychologie*, 7, 10-22.

Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008a). *Was ist eine psychische Störung?* In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 3-32. München: Urban & Fischer.

Caspar, F., Herpertz, S.C. & Mundt, C. (2008b). *Was ist Psychotherapie?* In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 33-54. München: Urban & Fischer.

Chambless, D. & Hollon, S. (1998). *Defining empirically supported therapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Chambless, D. & Ollendick, T. (2000). *Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence*. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Clarkin, J.E. & Levy, K.M. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy*. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 194-226. New York: Wiley.

Fava, M., Rankin, M.A., Wright, E.C., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Pava, J. et al. (2000). *Anxiety disorders in major depression*. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 97-102.

- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), Lehrbuch Psychotherapie, Band 1, 39-60.
- Flor, H. (2007). Lern- und Verhaltenstheoretische Störungslehre. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), Lehrbuch Psychotherapie, Band 1, 217-237.
- Garfield, S.E. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edition, 215-256. New York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edition, 190-228. New York: Wiley.
- Goldfried, M.R. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1-16.
- Goldfried, M.R. & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130 (4), 669-673.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1023-1035.
- Goschke, T. (2007). Kognitive und affektive Neurowissenschaft des Gedächtnisses. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), Lehrbuch Psychotherapie, Band 1, 93-130.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 657-677. München: Urban & Fischer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse-Holtforth, M., Lutz, W. & Egenolf, Y. (2010). Diagnostik und Therapie-Planung in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 71-87. Bern: Huber.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Herpertz, S.C. & Caspar, F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 77-89. München: Urban & Fischer.

Howard, K.I., Lueger, R., Maling, M. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 106-110.

Johnson, C., Tobin, D.L. & Dennis, A. (1991). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-627.

Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R. & Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Ustun, T.B., Roy-Burne, P.P. & Walters, E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.

Kopta, S., Howard, K., Lowry, J. & Beutler, L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.

Krause, R. (2007). Emotion. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 61-92.

Lauth, G.W. & Naumann, K. (2005). Denken und Problemlösen. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 52-58. Göttingen: Hogrefe.

Lutz, W. (2010). Was ist Psychotherapie? In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 28-47. Bern: Huber.

Melartin, T.K., Rytsala, H.J., Leskela, U.S., Lestela-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsa, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126-134.

Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J., Coryell, W. et al.

(1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.

Nathan, P.E., Stuart, S.P. & Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.

Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.

Norcross, J.C. (2002a). Empirically Supported Therapy Relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 1-16. Oxford: University Press.

Norcross, J.C. (2002b). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 270-276. New York: Wiley.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.L. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 307-389. New York: Wiley.

Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.

Reisenzein, R. (2005). Motivation und Emotion. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 60-67. Göttingen: Hogrefe.

Resch, F. (2005). Entwicklungspsychopathologie. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 69-79. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (2006a). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006b). Valide Information entsteht im Therapieprozess: Zur Bedeutung von Beziehungsgestaltung und Klärung in der Anfangsphase von Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 281-293. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269-291. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In: D. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Steiger, H. & Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149-161.
- Tretter, F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.
- Westen, D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one? In: J. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful*, 111-138. Washington, DC: American Psychological Association.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004a). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 631-663.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004b). The next generation of psychotherapy research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga, 2004). *Psychological Bulletin*, 130, 677-683.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP ? EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131 (3), 427-433.
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595-613.