

Die Rückkehr des Homogenitätsmythos

Rainer Sachse

Kiesler (1966a, 1966b) kritisierte schon früh den sogenannten "Homogenitätsmythos", nämlich die Annahme, dass alle Klienten und alle Therapeuten einheitlich seien und damit auch die daraus resultierende Annahme, dass es "einheitliche" Therapien gäbe, die für alle Klienten geeignet und effektiv seien. Kiesler (1969) nimmt vielmehr an, dass Klienten sehr unterschiedlich sind, dass sie unterschiedliche Persönlichkeits- und Störungscharakteristika aufweisen und dass sie daher unterschiedlich auf unterschiedliche Arten von Therapien und Interventionen reagieren.

Die Implikation daraus ist,

- dass im Grunde keine Therapie denkbar ist, die für alle Klienten geeignet ist;
- dass eine Therapie, die für Klienten mit Charakteristikum X geeignet ist, für Klienten mit den Charakteristika XYZ schon nicht mehr geeignet sein muss (dies zeigen Untersuchungen zu Co-Morbiditäten: Sobald z.B. zur Depression Aspekte von Persönlichkeitsstörungen hinzutreten, sind bestimmte Therapien nicht mehr wirklich wirksam, vgl. Fava et al., 2002; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Greenberg et al., 1995; Hardy et al., 1995; McDermut & Zimmerman, 1998; Newton-Howes et al., 2006);
- dass deshalb das therapeutische Angebot unterschiedlich, flexibel an Klienten angepasst sein muss;
- dass therapeutische Bedingungen auf Klienten-Seite höchst komplex sind und dass diese Komplexität auch eine Komplexität auf Seiten der Therapeuten und der Therapien notwendig macht;
- dass deshalb das therapeutische Angebot heterogen sein und so bleiben sollte, um allen Klienten passende Angebote machen zu können.

Diese Komplexität wird auch deutlich aus dem von Orlinsky und Howard (1986) aus empirischen Analysen abgeleiteten "Generic Model of Psychotherapy"; sie wird aber auch deutlich in allen Arbeiten, die empirisch deutlich machen, welche Fälle unterschiedlicher Eingangs- und Prozessmerkmale von Klienten es gibt (siehe z.B.: Clarkin & Levy, 2004; Conte, 1991; Garfield, 1986, 1994). Und die deutlich machen, welche Fälle empirisch als wirksam ausgewiesener therapeutischer Interventionen und Strategien es gibt (vgl. Bennun & Schindler, 1988; Beutler, 1977; Beutler et al., 1986, 1994, 2004; Blatt et al., 1996; Bohart et al., 2002; Caspar, 1996; Elliott et al., 2004; Jones et al., 1988). Und sie wird deutlich in Arbeiten, die die Heterogenität möglicher therapeutischer Prozesse zeigen (vgl. Baer et al., 1980; Beutler et al., 1991; Greenberg & Safran, 1989; Orlinsky & Howard, 1986a, 1986b, 1994; Orlinsky et al., 2004; Sachse & Elliott, 2002). Und die Fülle von Strategien erschöpft sich keineswegs in den Unterschieden zwischen unterschiedlichen Therapieformen, sondern auch innerhalb von Therapieformen, ja auch innerhalb von Störungsgruppen gibt es eine Vielzahl therapeutisch sinnvoller und effektiver Vorgehensweisen (vgl. Grawe et al., 1990a, 1990b, 1994).

Die hohen Komplexitäten auf Klienten- und Therapeuten-Seite machen erneut deutlich,

- dass, wenn man homogene Klienten-Populationen schafft, man die tatsächliche therapeutische Realität stark verzerrt: In der therapeutischen Realität gibt es keine "reinen" Populationen (z.B. depressive Klienten ohne Persönlichkeitsstörungen);
- dass man, wenn man nur wenige therapeutische Angebote macht, in der therapeutischen Realität niemals alle Klienten effektiv erreichen kann.

Die empirischen Analysen machen aber zweierlei deutlich:

1. Es gibt keine einzelne Therapiemaßnahme, die bei allen Störungen konstruktiv wirkt und die bei allen Klienten mit allen Charakteristiken (damit sind andere Variablen gemeint als Störungen) indiziert ist.

2. Es gibt keine therapeutische Strategie und keine Therapiemaßnahme, die so hohe Effektstärken hätte, dass sie alle anderen Maßnahmen "aus dem Feld schlagen könnte", d.h. dass es gerechtfertigt wäre, auf Alternativen zu verzichten.

Daraus folgt, dass auch auf der Seite der Therapie das Angebot vielfältig, heterogen und flexibel sein und bleiben sollte.

Deutlich wird auch, dass es für die gleiche Art von Störung eine Vielzahl unterschiedlicher Störungstheorien gibt, aus denen z.T. auch wieder (sehr) unterschiedliche therapeutische Strategien resultieren (vgl. Doering et al., 2008; Herpertz et al., 2008; Lutz, 2010; Petermann & Reinecker, 2005; Strauß et al., 2007). D.h. schon die psychologische Interpretation einer Störung ist nicht einheitlich und damit ist die Ableitung einer Therapieform nicht zwingend, egal wie effektiv diese auch sein mag.

Diese Situation zeigt zweierlei:

- Zum einen macht sie deutlich, dass die von Gage und Berliner (1977) beschriebene Situation, dass Psychologie ein "Fach mit geringer Übereinstimmung" sei, nach wie vor besteht und dass sich dieser Zustand eher verstärkt als vermindert; das bedeutet auch, dass es keine "wahren" Theorien gibt, die alle anderen sicher aus dem Feld schlagen - eine "Einheitlichkeit des Faches Klinische Psychologie oder Psychotherapie" ist eine Illusion.
- Zum anderen wird daran aber auch wieder die extreme Komplexität von Störungen und von Wegen ihrer Bearbeitung deutlich: Und es wird auch (wie immer in der Psychologie) deutlich, dass jeder Ansatz ganz offensichtlich immer nur Aspekte der "Realität" betrachtet und konzipiert und kein Ansatz so etwas wie "die Wahrheit" enthält oder auch nur enthalten kann (vgl. Kuhn, 1967; Penrose, 2010; Popper, 2005, 2009).

Das bedeutet aber:

- Kein diagnostisches, störungstheoretisches oder therapeutisches Modell ist vollständig, komplett, wahr oder zwingend.
- Kein therapeutisches Modell ist absolut überlegen oder "allein selig machend". Aus diesen Gründen erscheint es auf keinen Fall sinnvoll

- davon auszugehen, dass es die richtige oder allein zutreffende Störungstheorie oder Therapie geben kann;
- davon auszugehen, dass es einen therapeutischen Ansatz geben kann, der für alle Klienten mit allen Charakteristika geeignet sein kann;
- davon auszugehen, dass man auf eine Heterogenität therapeutischer Theorien und Strategien verzichten könnte.

Betrachtet man aktuelle Entwicklungen, dann drängt sich der Eindruck auf, dass alle diese Erkenntnisse zunehmend und systematisch ignoriert werden und man implizit zu einem Homogenitätsdenken zurückkehrt.

Diese Tendenz wird einmal deutlich in der Aktion der Division 12 der American Psychological Association, die darauf abzielt, streng kontrollierte und evaluierte Therapiestudien durchzuführen und dann Behandlungsstandards zu entwickeln, die bestimmen, dass in Psychotherapie nur noch solche Therapiemaßnahmen durchgeführt werden dürfen, die diesen wissenschaftlichen Kriterien entsprechen. Dies impliziert, dass nur solche Therapien durchgeführt werden sollen und dass sie - da sie nur in einer Standard-Vorgehensweise evaluiert sind - auch nur in genau dieser Weise durchgeführt werden dürfen. Diese Entwicklung ist gerade in der Diskussion (vgl. Bohart, 2005; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Westen et al., 2004, 2005) und es wird deutlich, dass diese Vorstellung auf einen extremen Empirismus zurückgeht, denn die daraus resultierenden Therapien sind dann (nach einem ganz speziellen Wissenschaftsverständnis!) wissenschaftsorientiert, nicht aber praxisorientiert und auf keinen Fall klientenzentriert: Denn sie gehen davon aus, dass die Bedingungen, die man bei diesen Studien geschaffen hat (Selektion von Patienten, strenge Kontrollen etc.) auch genau so in der Praxis vorzufinden sind und dass alle Klienten im Praxisfeld den Klienten in der Untersuchung entsprechen. Dies verkennt aber die Komplexität der therapeutischen Praxis, die Komplexität von Klienten und das Modell geht davon aus, dass diese "empirically supported treatments" optimal sind und die "Realität" so hinreichend abbilden, dass man keine Alternativen, Anpassungen, Flexibilitäten etc. mehr braucht. Solche Annahmen sind aus meiner Sicht nicht wissenschaftlich, sondern klerikal: Denn Wissenschaft sollte "auf dem Schirm haben", dass es keine letztlich wahre, endgültige Erkenntnis gibt, dass daher Vielfalt nötig ist, Diskussion, Flexibilität, Austausch und Konkurrenz von Modellen. Ein solches Modell, Therapie auf wenige, extrem gut untersuchte Therapien zu beschränken, ist eine komplett unsinnige Vereinfachung von Realität und es ist ein hegemoniales Machtspiel, keine inhaltlich sinnvolle wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Der zweite Bereich, in dem der Homogenitätsmythos wieder erkennbar wird, sind die Bestrebungen von Universitäten, durch eine "Direktausbildung" die Therapieausbildung ausschließlich an Universitäten zu verlagern (vgl. das Paper "Ausbildungsziele und zu vermittelnde Kompetenzen einer Direktausbildung in Psychotherapie" der DGPs). Dies würde ganz eindeutig bedeuten, dass die Ausbildung unter die Kontrolle von Verhaltenstherapie-Lehrstühlen kommt, die aber natürlich immer eine bestimmte inhaltliche Ausrichtung aufweisen und die natürlich genau diese inhaltliche Ausrichtung in der Ausbildung realisieren. Und selbst wenn andere Ausrichtungen gelehrt werden sollten, werden sie den Status von "ferner Liefen" haben; der Versucht, etwas anderes glauben zu machen, bedeutet wiederum, die Realität zu verzerren. Damit fällt aber die gesamte Vielfalt von

Psychotherapie weg; es fallen nicht nur analytisch-tiefenpsychologische Ansätze weg, auch Gesprächstherapie, systemische und Schema-Therapie wird es nicht mehr in der Ausbildung geben. Damit geht man aber wieder davon aus, dass ein paar empirisch validierte Therapieformen für alle Klienten ausreichen: Man darf aber nicht verkennen, dass empirisch validiert nur bedeutet, dass man eine Therapie hat, die bei einer bestimmten Gruppe (hoch selektierter) Patienten wirkt. "Empirisch validiert" bedeutet eben nicht, dass nachgewiesen wäre,

- dass diese Therapie wirklich optimal wäre, also nicht noch von anderen Maßnahmen übertroffen werden könnte;
- dass diese Therapie auch für alle in der therapeutischen Realität vorkommenden Klienten wirksam ist;
- dass die der Therapie zugrunde liegende Störungstheorie die Probleme wirklich verstanden hat.

Meines Erachtens nach bedeutet Wissenschaftlichkeit gerade nicht Einseitigkeit und gerade nicht, wesentliche Alternativ-Annahmen und alternative Wege auszuschließen; Wissenschaftlichkeit bedeutet gerade nicht, andere zu diskriminieren, sondern offen zu bleiben für andere Ansätze; Wissenschaft bedeutet gerade Konkurrenz, Auseinandersetzung und dazu sind Markt-Mechanismen wesentlich besser geeignet als Macht-Mechanismen.

Schränken wir in der Entwicklung von Therapien und in der Ausbildung in Psychotherapie das Spektrum möglicher Therapien, Denkmodelle, Entwicklungen usw. ein, dann entwickeln wir ein klerikales und kein wissenschaftliches System. Und wir kehren zu einem Denkmodell zurück, das Kiesler (1966) schon als inadäquat gekennzeichnet hat. Sollten wir das wirklich für einen Fortschritt halten? Oder geht es gar nicht um Wissenschaft, sondern nur darum, wer was bestimmt und wer wen dominiert? Dann, so deutet sich an, wird es vor allem einen Verlierer in diesem Spiel geben: Den Patienten.

Literatur

Baer, P.E., Dunbar, P.W., Hamilton, J.E. II & Beutler, L.E. (1980). Therapists perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.

Bennun, I. & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 145-150.

Beutler, L.E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44-52.

Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in

psychotherapy process and outcome. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 257-310. New York: Wiley.

Beutler, L.E., Engle, D., Mohr, D., Daldrop, R.J., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W. (1991). Predictors of differential and selfdirected psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.

Beutler, L.E., Machado, P.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.

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Horwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wang, E. (2004). Therapist variables. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 227-306. New York: Wiley.

Blatt, S.J., Sanislow, C.A., Zuroff, D.C. & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.

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

Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 89-108. Oxford: University Press.

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

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.

Conte, H., Plutchik, R., Picard, S. & Karasu, T. (1991). Can personality traits predict psychotherapy outcome? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 66-72.

Doering, S., Sachse, R., Habermeyer, V., Rudolf, G., Herpertz, S.C. & Renneberg, B. (2008). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: S.C. Herpertz, F.Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 455-499. München: Urban & Fischer.

- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In: M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th edition, 493-539. New York: Wiley.
- Fava, M., Farabaugh, A.H., Sickinger, A.H., Wright, E., Alpert, J.E., Sonawalla, S. et al. (2002). Personality disorders and depression. *Psychological Medicine*, 32, 1049-1057.
- Gage, N.L. & Berliner, D.C. (1977). *Pädagogische Psychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- 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. & 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.
- 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., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990a). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 338-361.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 1929.
- Greenberg, M.D., Craighead, W.E., Evans, D.D. & Craighead, L.W. (1995). An investigation of the effects of comorbid Axis II pathology on outcome of inpatient treatment for uni-polar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral*

Assessment, 17, 305-321.

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997-1003.

Herpertz, S., Caspar, F. & Mundt, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.

Jones, E.E., Cummings, J.D. & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.

Kiesler, D.J. (1966a). Basic methodological issues implicit in psychotherapy process research. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 135-155.

Kiesler, D.J. (1966b). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

Kiesler, D.J. (1969). A grid model for theory and research in the psychotherapies. In: L.D. Eron & R. Callahan (Eds.), *The relationship of theory to practice in psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Kuhn, T.S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolution*. Frankfurt: Suhrkamp.

Lutz, W. (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.

McDermut, W. & Zimmerman, M. (1998). The effect of personality disorders on outcome in the treatment of depression. In: A.J. Rush (Ed.), *Mood & anxiety disorders*, 321-338. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Metaanalysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986a). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 1st edition, 311-384. New York: Wiley.

Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986b). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Reports. In: L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.

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 behaviour change, 4th edition, 270-276. New York: Wiley.

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.

Penrose, R. (2010). Der Weg zur Wirklichkeit. Heidelberg: Spektrum.

Petermann, F. & Reinecker, H. (2005). Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Popper, K.R. (2005). Logik der Forschung. Tübingen: Mohr Siebeck.

Popper, K.R. (2009). Auf der Suche nach einer besseren Welt. München: Pieper.

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.

Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007). Lehrbuch Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004). 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. (2005). EBP ? EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). Psychological Bulletin, 131 (3), 427-433.